

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VÝŽIVA A STRAVOVACÍ NÁVYKY VŠEOBECNÝCH
SESTER A LAICKÉ VEŘEJNOSTI**

Bakalářská práce

Autor práce: Simona Kubalová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

Rok obhajoby: 2009

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUT OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**NUTRITION AND DIETARY HABITS OF THE GENERAL
NURSES AND LAY PUBLIC**

Bachelor`s thesis

Autor: Simona Kubalová

Supervisor: Mgr. Eva Vachková

Year of defence: 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Výživa a stravovací návyky všeobecných sester a laické veřejnosti“ vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....
podpis autora práce

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace. Dále bych ráda poděkovala Ing. Janu Juráskovi za pomoc při zpracování výzkumné části práce.

Můj dík patří také mé rodině, která mi byla oporou v průběhu studia.

Motto

„Žít znamená měnit se. Být dokonalý znamená projít mnoha a častými změnami.“

J. H. Newsman

OBSAH

Teoretická část

ÚVOD

1	VÝŽIVA.....	11
1.1	ZÁKLADNÍ POJMY VE VÝŽIVĚ.....	11
1.2	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝŽIVU	11
1.3	SLOŽKY VÝŽIVY.....	12
1.3.1	Proteiny	12
1.3.2	Lipidy	13
1.3.3	Sacharidy.....	15
1.3.4	Vitaminy.....	16
1.3.5	Minerální látky	17
1.3.6	Možnosti preventivní výživy	18
1.3.7	Voda a pitný režim.....	19
2	SPRÁVNÁ (ZDRAVÁ) VÝŽIVA	22
2.1	VLIV VÝCHOVY NA VÝŽIVU	22
2.2	VÝŽIVA V PRŮBĚHU ŽIVOTA.....	24
2.2.1	Výživa novorozenců a kojenců	24
2.2.2	Výživa batolat	25
2.2.3	Výživa dětí předškolního věku	26
2.2.4	Výživa dětí školního věku a adolescentů	26
2.2.5	Výživa v graviditě.....	27
2.2.6	Výživa ve stáří	27
2.3	ALTERNATIVNÍ VÝŽIVOVÉ SMĚRY	28
2.3.1	Vegetariánská strava.....	28
2.3.2	Makrobiotika	29
2.3.3	Dělená strava	29
2.4	VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ	30
2.4.1	Historie dietních doporučení	30
2.4.2	Obecná výživová tvrzení	31
2.4.3	Doporučení založená na skupinách potravin	32
3	NESPRÁVNÁ (NEZDRAVÁ) VÝŽIVA.....	36
3.1	FAST FOOD.....	36
3.2	VZTAH VÝŽIVY K NEMOCNOSTI.....	37
3.2.1	Nadváha a obezita	37
3.2.2	Podvýživa. Velké energeticko-proteinové malnutrice	39
3.2.3	Diabetes mellitus 2. typu.....	40
3.2.4	Ateroskleróza	41
3.2.5	Hypertenze	41
3.3	VÝZKUM „ŽIVOTNÍ STYL A OBEZITA 2005“	42
3.4	PROGRAMY ZDRAVÍ.....	43
3.5	ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY	45

Empirická část

4	ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	48
4.1	CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE.....	48
4.2	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ, TECHNIKA SBĚRU DAT ..	49
4.3	POUŽITÁ METODA.....	51
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	53
5.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	53
5.2	PŘÍSTUP KE SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI.....	58
5.3	STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE ODBORNOSTI	65
5.4	ZNALOSTI O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI.....	88
5.5	STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE VĚKU	92
5.6	DÍLČÍ CÍLE	95
6	DISKUSE	99
6.1	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE“	99
6.2	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „PŘÍSTUP KE SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI“	99
6.3	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „STRAVOVACÍ NÁVYKY“ – DLE ODBORNOSTI	101
6.4	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „ZNALOSTI O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI“	103
6.5	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE VĚKU“	104
6.6	DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „DÍLČÍ CÍLE“	105
	ZÁVĚR	107
	ANOTACE	110
	LITERATURA A PRAMENY	111
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	114
	SEZNAM ZKRATEK	116
	SEZNAM GRAFŮ	118
	SEZNAM TABULEK	120
	SEZNAM PŘÍLOH.....	121
	PŘÍLOHY	122

ÚVOD

„Výživa je nedílnou součástí tělesného, duševního i duchovního života člověka. Příjem potravy je primární biologickou potřebou člověka a je předpokladem zachování života. Přijímání potravy je proces dobrovolný a vědomý a lze jej výchovou naučit a vytvořit si správné stravovací návyky.“ (Adámková, 2008, s. 6)

Výživa dodává živiny pro tvorbu a obnovu tkání v celém organismu, poskytuje energii pro činnost orgánů, je zdrojem tepla a reguluje tělesnou teplotu. Také přivádí látky nutné pro činnost orgánů a tvoří záložní zdroje z okamžitě nevyužitých složek potravy. (Frej, 2006)

Způsobem výživy můžeme významně ovlivnit své zdraví. Jak sám Hippokrates prohlásil: „Tvá výživa bude tvým lékem.“ Víme, že nesprávná výživa souvisí s celou řadou onemocnění, od nadváhy a obezity a s nimi souvisejících komplikací, až po nádorová onemocnění. Udává se, že životní styl (způsob výživy, fyzická aktivita, kouření, alkohol aj.) patří mezi hlavní determinanty našeho zdraví. Lidé často pokládají zdraví za jednu z nejdůležitějších hodnot, už ale méně pro zdraví něco dělají. Někteří bohužel spoléhají hlavně na lékaře a tablety. V dnešní době se klade velký důraz na prevenci onemocnění a vytyčují se různé programy na podporu zdraví. Je snahou, aby si lidé uvědomili, že to jsou hlavně oni sami, kdo jsou za své zdraví zodpovědní.

V České republice je např. program Zdraví 21 aplikován jako Národní akční plán zdraví a životního prostředí. Na základě rozboru rizik spojovaných s vysokou morbiditou (nemocností) a mortalitou (úmrtností) byla jako priorita stanovena změna životního stylu, a to zejména ve smyslu pozitivní změny výživových zvyklostí, optimalizace pohybové aktivity, snížení spotřeby alkoholu aj. (Jarošová, 2007)

Ve své práci se zaměřuji zejména na stravovací návyky. Zajímá mě, zda se budou lišit u sester a laické veřejnosti. Myslím si, že mají sestry o výživě větší znalosti a ví také lépe, že výživa může pozitivně i negativně ovlivnit naše zdraví. Dobré znalosti o výživě však nejsou zárukou, že se dotyční správně stravují. Práce všeobecných (zdravotních) sester je náročná po fyzické i psychické stránce. Sestry pracující na směny chodí do práce nepravidelně, pracují v noci, což je pro organismus zatěžující a často jsou také pracovně přetíženy. Kvůli nepravidelnému životnímu rytmu by měly obzvláště dbát na svoje zdraví, od správné výživy počínaje. Výživa totiž ovlivňuje naše zdraví, to jak se cítíme i jak dlouho budeme žít.

V práci také zjišťuji přístup všeobecných sester a laické veřejnosti k výživě (např. informovanost o výživě a odkud nejčastěji čerpají poznatky týkající se výživy) i znalosti o výživě u sester a laiků.

V závěru úvodu bych ještě ráda citovala MUDr. Grofovou: „Máme-li v žebříčku hodnot to důležité nahoře, pak výživa patří tam. Pokud si ale představíme žebřík opřený o zeď, je místo výživy naprosto dole. Tvoří totiž základ, od něhož teprve můžeme stoupat vzhůru.“

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE:

- ◆ Popsat základní pojmy ve výživě a faktory ovlivňující výživu.
- ◆ Předložit základní rozdělení složek výživy.
- ◆ Seznámit s faktory, které mohou ovlivnit vytváření stravovacích návyků.
- ◆ Poukázat na některá specifika výživy v průběhu života.
- ◆ Seznámit s výživovými doporučeními.
- ◆ Upozornit na častá onemocnění, která lze ovlivnit výživou.
- ◆ Charakterizovat stravovací návyky obyvatel ČR dle výzkumu „Životní styl a obezita 2005“
- ◆ Popsat programy zdraví jako primární prevenci civilizačních onemocnění.
- ◆ Zdůraznit význam všeobecné sestry v primární prevenci nemocí i při sběru informací u pacienta v oblasti výživy a metabolismu.

CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE:

- ◆ Zjistit BMI všeobecných sester (dále VS) a laické veřejnosti.
- ◆ Zjistit přístup ke správné výživě u VS a laické veřejnosti.
- ◆ Porovnat stravovací návyky VS a laické veřejnosti.
- ◆ Zjistit rozdíly ve znalostech o správné výživě u VS a laické veřejnosti.
- ◆ Porovnat vybrané problémy týkající se stravovacích návyků u populace mladší a starší.
- ◆ Stanovit a porovnat dílčí cíle.
- ◆ Pro VS uskutečnit výukový seminář o správné výživě.

Cíle empirické části jsou podrobněji rozvedeny na s. 48 – 49, cíl o uskutečnění výukového semináře rozvádím na s. 108.

Teoretická část

1 VÝŽIVA

1.1 ZÁKLADNÍ POJMY VE VÝŽIVĚ

1. Potrava = soubor poživatin sloužících pro výživu člověka.

2. Poživatiny = všechny látky, které člověk přijímá ústy a jsou prostředkem jeho výživy.

Dělíme je na:

⇒ **Potraviny** = složky potravy živočišného a rostlinného původu, které mají energetickou a/nebo biologickou výživovou hodnotu (např. maso, mléko, ovoce aj).

⇒ **Pochutiny** = poživatiny bez výživové hodnoty; umožňují vhodnou úpravu potravin a stimulují trávení v GIT systému svojí chutí a vůní (např. koření, sůl, čaj, káva aj.).

⇒ **Voda** = základní součást všech potravin, je bezpodmínečně potřebná pro látkovou přeměnu organismu.

Poživatiny upravené vhodnou technologickou nebo kuchyňskou úpravou, ale i bez ní dělíme na **pokrmy** - kašovitě nebo tuhé a **nápoje** - tekuté.

Živiny = složky potravin, které vytváří jejich energetickou a biologickou hodnotu.

Strava = soustava denních jídel, posuzovaná z hlediska energetické a biologické hodnoty .

(Beňo, 2003, s. 9)

Jídlo = poživatiny konzumované v pravidelnou dobu (snídaně, oběd, večeře).

Pokrm = poživatiny upravené ke konzumaci (např. dušené vepřové maso s bramborem).

Racionální výživa = systém stravy založený na vědeckých základech.

(Chmelařová, 2007, s. 11)

1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝŽIVU

Výživu ovlivňují faktory biologické, psychické a sociální.

1. Biologické faktory - funkce trávicího systému, věk, pohlaví a zdravotní stav.

2. Psychické faktory - emocionální stav, osobnostní vlastnosti a psychosomatické stavy.

3. Sociální faktory - kulturní zvyky a obyčeje, víra, životní styl, individuální zvyky, reklama, ekonomická situace a přírodní prostředí.

(Mikšová et al., 2006)

1.3 SLOŽKY VÝŽIVY

Za základní složky stravy označujeme živiny (nutrienty), které dělíme na makronutrienty a mikronutrienty. Mezi makronutrienty řadíme proteiny (bílkoviny), lipidy (tuky) a sacharidy (cukry). Vitaminy a minerální látky patří mezi mikronutrienty. Ty dále dělíme na makroelementy (přijímány v množství větším než 100 mg denně), mikroelementy (přijímány v dávce od 1 do 100 mg denně) a stopové prvky (mikrogramové dávky denně). (Svačina et al., 2008) Mezi základní složky stravy patří také voda.

„Výživa by měla být kompletní a poskytovat organismu potřebné živiny ve správném vzájemném poměru. Volba, příprava a množství potravy by mělo být přizpůsobeno tělesné hmotnosti, věku, fyziologickému stavu a druhu práce či činnosti.“ (Mikšová et al., 2006, s.13)

1.3.1 Proteiny

Bílkoviny jsou nenahraditelnou složkou přirozené potravy; není možné je chemicky vytvořit z cukrů ani tuků. (Dylevský, 2000) Jsou stavební složkou orgánů a účastní se zabezpečování funkcí tkání a orgánů. Jejich energetickou hodnotu tělo využívá pouze v určitých metabolických situacích. 1 g bílkovin má energetickou hodnotu 17 kJ; ve stravě by měly proteiny hradit 10-15% energie. Základní stavební jednotky tvoří aminokyseliny, které se skládají z uhlíku, kyslíku, vodíku, dusíku, některé obsahují i síru. (Beňo, 2003)

Rozlišujeme **esenciální aminokyseliny**, které organismus nedokáže vytvořit; musí být proto přijímány ze živočišných a rostlinných bílkovin v potravě. **Neesenciální** aminokyseliny se syntetizují v organismu, můžeme je však také přijímat potravou. (Beňo, 2003) **Podmíněně esenciální** jsou takové aminokyseliny, které mohou být za určitých okolností plně esenciální, např. při nezralosti enzymatických systémů. (Svačina et al., 2008)

Bílkoviny dělíme na živočišné a rostlinné. Oproti bílkovinám rostlinného původu mají živočišné bílkoviny vyšší obsah a zastoupení všech esenciálních aminokyselin, jsou také lépe vstřebatelné. Mezi hlavní zdroje bílkovin patří maso, mléko, mléčné výrobky, obiloviny,

luštěniny a zelenina. Rizikové je u dětí hrazení bílkovin pouze zdroji rostlinného původu, kdy hrozí nedostatek všech esenciálních aminokyselin. (Svačina et al., 2008)

V současné době se považuje za doporučenou výživovou denní dávku po dospělého zdravého člověka hodnota 0,75 - 0,8 g proteinů na kilogram tělesné hmotnosti. Vyšší dávka je potřebná u dětí, sportovců a v průběhu těhotenství, kdy se dávka bílkovin zvyšuje o 15 g denně; v období plného kojení dokonce o 20 g denně. Také v rekonvalescenci nebo při stresu u tzv. akutního pacienta je nutná zvýšená potřeba bílkovin, a to téměř na dvojnásobek. (Svačina et al., 2008) Vyšší potřeba bílkovin je dále u seniorů, a to 1 - 1,2 g/kg/den. (Pitřha, Poledne et al., 2009)

1.3.2 Lipidy

Lipidy jsou stavební součástí buněčných membrán a mají funkci zásobních energetických jednotek. Svoji dvojnásobnou energetickou hodnotou (oproti sacharidům či proteinům) přispívají ke zvyšování celkově přijaté energie, usnadňují vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích a zvyšují chutnost potravy. Důležité jsou také pro tvorbu pohlavních hormonů a hormonů nadledvin. (Svačina et al., 2008)

Energetická hodnota 1 g tuku činí 38 kJ. Denní příjem tuku by měl být 25-30% z celkové energie, což představuje asi 80-100 g. „Průměrný současný člověk ale ve skutečnosti konzumuje tuky v množství 120 g denně.“ (Kunová, 2004, s. 23)

Tuky můžeme rozdělit na triacylglyceroly (triglyceridy), fosfolipidy a steroly. Hlavní součást přijímaných tuků v potravě představují triacylglyceroly, kterých průměrný dospělý člověk přijme asi 70-140 g denně. (Svačina et al., 2008)

Následkem degradace tuku potravy vznikají mastné kyseliny (dále jen MK) a glycerol. MK mohou být v tucích různě zastoupeny a dodávají tukům specifické vlastnosti. MK dělíme dle typu vazeb mezi atomy uhlíku na :

- ⇒ nasycené MK, které mají jednoduchou vazbu
- ⇒ nenasycené MK, které mají jednu dvojnou vazbu (monoenové)
- ⇒ nenasycené MK, které mají více dvojných vazeb (polyenové)

Nasycené MK, které zvyšují hladinu LDL cholesterolu v krvi, působí na organismus většinou nepříznivě (zvyšují riziko kornatění tepen a kardiovaskulárních onemocnění). Vyskytují se zejména v potravinách živočišného původu – másle, sádle, mase aj. Naopak

příznivě na zdraví působí **monoenové MK**, jejichž zdrojem je např. olivový olej, olivy a ořechy. Tyto MK snižují LDL a zvyšují HDL cholesterol; hladinu celkového cholesterolu však nemění. Mezi **polyenové MK** patří kyselina linolová, linolenová a arachidonová. Jsou to tzv. esenciální MK, které organismus nedokáže syntetizovat. Polyenové MK dělíme na omega-3 MK a omega-6 MK. Tyto kyseliny mají řadu pozitivních účinků na zdraví. Jsou přítomny v rostlinných olejích a tuku mořských ryb, který je bohatým zdrojem omega-3 kyselin. (Tomanová, 2006)

„Odborníci odhadují, že k dosažení příznivého efektu omega-3 by mohlo stačit 2-3x týdně sníst jednu porci tučné mořské ryby . Tak dobře - to bych tedy chtěl u nás zažít!“ (Fořt, 2005, s. 69) Mořské ryby bohužel nejsou oblíbeny, výjimkou je snad jen „filé“. To se však ale často upravuje smažením a tím se pozitivní působení znehodnotí. Veřejnost má také zafixováno, že tučné ryby nejsou zrovna ideální. (Fořt, 2005)

Z hlediska vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu 2. typu i vzniku obezity, je rizikem vliv tzv. trans-nenasycených mastných kyselin, které vznikají při hydrogenaci z nenasycených MK. Vznikat mohou v menší míře i při úpravě tuků za vysokých teplot. V potravinářských výrobcích se vyskytují v některých rostlinných tucích-např. levných margarínech, v některých druzích trvanlivého a jemného pečiva, v polevách na zmrzlinách, müsli tyčinkách, cukrářských výrobcích, v hotových jíškách a dalších výrobcích, ve kterých byly při výrobě použity klasicky ztužené tuky. (Piřha, Poledne et al., 2009)

Cholesterol

Je známo, že vyšší hladina cholesterolu v krvi je rizikem pro vznik koronárních nemocí a aterosklerózy. V malém množství je však pro život důležitý, např. pro tvorbu hormonů a buněčných membrán. Cholesterol se vyskytuje pouze v tucích živočišného původu. Mezi hlavní zdroje patří vnitřnosti a játra, uzeniny, máslo a žloutek. V mléčných výrobcích souvisí množství cholesterolu s obsahem tuku. Čím více tuku, tím více cholesterolu výrobek obsahuje. Toto však neplatí v případě masa, kdy každé maso, i to libové, je zdrojem cholesterolu. Jeho denní příjem by neměl přesáhnout 300 mg. (Kunová, 2004) Potřeba cholesterolu je asi 600 mg denně, z toho si minimálně 400 mg vytváří organismus sám. (Tomanová, 2006)

1.3.3 Sacharidy

Sacharidy jsou rychlým a nejdůležitějším zdrojem energie. Podílejí se na formování struktury a činnosti orgánů a také ovlivňují látkovou přeměnu. Jejich dostatečný příjem šetří rezervy tělesných tuků a proteinů. Významnou úlohu v organismu plní nestavitelné sacharidy rostlinného původu. (Beňo, 2003)

Mezi **energeticky využitelné sacharidy** patří monosacharidy (glukóza - hroznový cukr, fruktóza - ovocný cukr a galaktóza), disacharidy (laktóza - mléčný cukr, maltóza - sladový cukr a sacharóza - řepný cukr) a polysacharidy (škrob a dextriny). **Energeticky nevyužitelné sacharidy** zastupuje celulóza a hemicelulóza, pektiny, škrob, lignin a jiné látky. (Beňo, 2003)

V organismu je nejdůležitějším sacharidem glukóza, která je bezprostředním dodavatelem energie pro všechny buňky. (Beňo, 2003) Z disacharidů je nejvýznamnější sacharóza. „Příjem řepného cukru je ve všech vyspělých zemích nepřiměřeně vysoký (u nás 40 kg/osoba/rok) a ve Spojených státech ještě vyšší. Ještě před 200 lety byla spotřeba cukru na člověka a rok pouze 0,25 kg. Organismus si tvoří potřebnou hladinu glukózy ze složitějších sacharidů, v případě řepného cukru se tedy jedná o pouhý návyk. Člověk se může bez řepného cukru zcela obejít.“ (Kunová, 2004, s. 27)

Zdrojem polysacharidů může být zelenina a ovoce, luštěniny, obiloviny. Sacharidy by měly kryt 55 - 60% z celkové energie. 1 g sacharidu má energetickou hodnotu 17 kJ.

Vláknina

„Termínem vláknina se označuje ta část stravy, která se nerozkládá enzymy trávicího ústrojí člověka.“ (Pitřha, Poledne et al., 2009, s. 18) Vláknina se vyskytuje v téměř všech potravinách rostlinného původu. Doporučuje se přijímat 30 g vlákniny denně; průměrná reálná spotřeba je však sotva poloviční. V dnešní době je oblíbený pšeničný chléb a to stále častěji v bílé formě, místo dříve oblíbeného žitného. V jídelníčku se mnohem méně objevují obilné kaše a luštěniny; pohodlnou stravou tak razantně klesl příjem vlákniny. (Kunová, 2004)

Vlákninu rozlišujeme rozpustnou (pektin, inulin, některé hemicelulózy, rezistentní škroby aj.) a nerozpustnou (celulóza, lignin, některé hemicelulózy). **Rozpustná vláknina** ovlivňuje hladinu cukru v krvi, má hypocholesterolemický účinek a prodlužuje pocit nasycení. Zdrojem je např. zelenina, ovoce, obiloviny, luštěniny aj. **Nerozpustná vláknina** zlepšuje střevní

peristaltiku a omezuje kontakt i vstřebávání toxických látek buňkami tlustého střeva. Zdrojem jsou celozrnné těstoviny a pečivo, zelenina, luštěniny, rýže natural aj. (Svačina et al., 2008)

Poměr rozpustné ku nerozpustné vláknině má být 1:3. Nutností je dodržení pitného režimu, aby byla vláknina účinná (vláknina z potravy či z doplňků stravy). (Kunová, 2004)

Glykemický index potravin

U potravin, které obsahují sacharidy se v současné době často mluví o tzv. glykemickém indexu potravin. „Glykemický index (dále jen GI) potravy je definován jako poměr plochy pod vzestupnou částí křivky postprandiální glykémie testované potravy, která obsahuje 50 g sacharidů standardní potravy.“ (Svačina et al., 2008, s. 90)

Dlouhodobá konzumace potravin s vysokým GI zvyšuje pravděpodobnost vzniku diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárních chorob, rakoviny prsu či tlustého střeva a obezity. Prudké zvýšení glykémie po jídle má za následek pokles HDL cholesterolu a zvýšení hladiny triglyceridů v krvi. Hypoglykémie je zase provázena pocity hladu, nervozity, podrážděnosti a většinou další konzumací sladkého, které ale opět rozkolísá glykémii. (Kunová, 2004)

Strava s nízkým GI je tedy vhodná u diabetiků, ale i zdravých jedinců. Nejnižší hodnoty GI má zelenina, proto je vhodné přidat ke každému jídlu zeleninu, čímž se sníží glykemická výslednice pokrmu. Obliba potravin s vysokým glykemickým indexem nám vysvětluje stoupající počet diabetiků a obézních lidí, navzdory oblíbenosti nízkotučné stravy. (Kunová, 2004) Některé evropské země již glykemický index označují na potravinách. (Fořt, 2005)

1.3.4 Vitaminy

Slovo vitamin pochází ze slova VITA, což znamená život. Vitaminy jsou tedy látky nezbytné pro život; fungují jako koenzymy či katalyzátory chemických reakcí, mají také antioxidační účinky. (Grofová, 2007)

Vitaminy dělíme podle rozpustnosti na rozpustné ve vodě (skupina B vitamínů, C, H, PP) a rozpustné v tucích (A, D, E, K). Organismus si většinu vitamínů nedokáže vytvořit, proto musí být přijímány potravou. Hypovitaminózami nebo - li mírným nedostatkem vitamínů trpí poměrně velké množství lidí. Příčinou může být ztráta vitamínů nevhodnou technologickou úpravou, dlouhé skladování potravin nebo pravidelné užívání některých léků. (Kunová, 2004)

Lipofilní vitaminy (rozpustné v tucích) mohou být na rozdíl od hydrofilních vitaminů (rozpustné ve vodě) ukládány, a hrozí tak jejich předávkování. U hydrofilních vitaminů je nutný plynulý přívod, protože jsou zásoby v organismu poměrně malé. (Grofová, 2007)

Vitaminy rozpustné ve vodě se vyskytují v potravě rostlinné i živočišné, např. v mase, játrech, luštěninách, ořechách, obilninách, vejcích, ovoci, zelenině aj. Zdrojem vitaminů rozpustných v tucích jsou mléčné výrobky, vaječný žloutek, játra, rostlinné oleje, rybí tuk, oranžová a žlutá zelenina a ovoce aj. (Grofová, 2007)

1.3.5 Minerální látky

„Nerostné látky jsou významnou složkou živé hmoty a vnitřního prostředí buněk a tkání. Jsou nahromaděny v kostech a zubech, ale jsou i stavební součástí organických látek a svou koncentrací v buněčných a tkáňových tekutinách a v krvi, udržují stálý osmotický tlak.“ (Dylevský, 2000, s. 305)

V dávkách nad 100 mg je nutný příjem vápníku, hořčíku, draslíku, fosforu, sodíku, síry a chlóru. V dávkách do 100 mg musíme přijímat jód, železo, zinek, selen, měď, mangan, chrom, fluor a kobalt a molybden. V České republice je problémem nedostatečný příjem jódu, a to téměř u všech lidí; u těhotných žen může deficit tohoto prvku vážně ohrozit vyvíjející se plod. Nejlepším zdrojem jsou mořské ryby. Jejich konzumace je u nás však nízká, proto je nutné jódem obohacovat kuchyňskou sůl. (Kunová, 2004) Hned po Polsku zaujímá Česká republika 2. místo mezi Evropany v ohrožení populace nedostatkem jódu. (Mach, 2004)

Častý je také nedostatek železa. Ten může vzniknout u žen, když jsou fyziologické ztráty vyšší než příjem potravou, dále při malnutrici, nesprávné výživě, při chronických onemocněních žaludku, ledvin, jater aj. (Beňo, 2003)

Nedostatek vápníku může vést ke vzniku osteoporózy. Jeho optimální denní příjem je asi 1000 mg u dospělých, skutečností je však příjem pouhých 500 mg. Vyšší příjem je důležitý zejména u dětí a dospívajících, těhotných a kojících žen, dále u žen nad 50 let a u mužů nad 65 let věku. (Kunová, 2004)

Nedostatek zinku vede k poruchám růstu, zhoršenému hojení ran, zvýšenému sklonu k infekcím a poruchám vnímání vůní a chutí. (Frühauf et al., 2003)

Příjem hořčíku často nedosahuje ani poloviny doporučené denní dávky. Příznaky deficitu může být únava, bolesti hlavy, výkyvy nálad, bolesti za hrudní kostí, průjemy, zvracení aj. (Kunová, 2004)

1.3.6 Možnosti preventivní výživy

Antioxidanty

Antioxidanty jsou látky bránící nadměrné oxidaci, v jejímž průběhu se jako vedlejší produkty tvoří volné radikály. „Působení volných radikálů se zkoumá již přes 20 let. Pod tíhou důkazů lékařská věda uznala, že je vysoce pravděpodobná teorie, popisující vznik některých onemocnění jako důsledek působení v nadměrném množství vznikajících volných radikálů.“ (Fořt, 2005, s. 151) RNDr. Fořt mezi tyto onemocnění řadí např. aterosklerózu, artrózu, některá nádorová onemocnění, chronické záněty, šedý oční zákal, poškození plodu aj.

„Organismus se může bránit zvýšené tvorbě volných radikálů, může je zachytávat a odstraňovat, má však také schopnosti opravovat části DNA, které byly volnými radikály poškozeny. Aby tento systém co nejdokonaleji fungoval, je zapotřebí přijímat co největší množství protektivních faktorů (zejména stravou, z menší části formou doplňků). Proto se dnes klade tak velký důraz na střídání mnoha druhů zeleniny, ovoce, obilovin a luštěnin v jídelníčku.“ (Kunová, 2004, s. 50)

Probiotika a prebiotika

Probiotické potraviny jsou potraviny s živou kulturou mikroorganismů, které příznivě ovlivňující stabilizaci střevní flóry. Patří sem zejména mléčné výrobky s bakteriemi Bifidus nebo Lactobacillus. (Müllerová, 2003) Prospěšná jsou probiotika ve formě výživových doplňků při léčbě antibiotiky, pomáhají také v prevenci vzniku rakoviny střeva, kontrolují růst patogenních střevních mikroorganismů a hladinu cholesterolu v krvi. Dále nám pomáhají při zácpě a omezují následky redukční diety. (Kunová, 2004)

Za prebiotické označujeme potraviny s nestravitelnou přídatnou látkou, např. s inulinem nebo oligofruktózou. Podporují růst či aktivitu bifidobakterií ve střevě a brání tak růstu nežádoucí mikroflóry. (Müllerová, 2003)

Fytoestrogeny

Fytoestrogeny jsou látky, které do jisté míry nahrazují účinek estrogenů. Pomáhají tedy snižovat riziko osteoporózy a srdečně-cévních chorob. Vyskytují se v některých rostlinách a potravinách rostlinného původu. Patří sem izoflavony, lignany a stilbeny. Nejvyšší obsah izoflavonů obsahuje sója a sójové produkty. Lignany se vyskytují nejvíce ve lněném semínku,

v čaji a jahodách; stilbeny v hroznovém víně a víně - nápoji. V zemích s tradicí pití vína je proto i při vysokém příjmu nasycených tuků a cholesterolu nižší úmrtnost na onemocnění srdce a cév. U nás dosahují nejvyšších hodnot odrůdy Veltlínského zeleného vína. (Kunová, 2004)

Rostlinné fenoly

Rostlinné fenoly jsou silné antioxidanty, které mají úlohu v prevenci civilizačních nemocí, některé mají protivirové či antimikrobiální účinky nebo zlepšují imunitu organismu. Zesilují efekt vitamínů z ovoce a zeleniny. Mezi rostlinné fenoly patří rutin, katechiny, kvercetin a antokyany. Rutin se nachází např. v pohance; katechiny zejména v čaji. Zdrojem kvercetinu jsou jablka, česnek a cibule; antokyany můžeme nalézt např. ve švestkách a borůvkách. (Kunová, 2004)

1.3.7 Voda a pitný režim

Voda tvoří 50 - 75% hmotnosti těla; její zastoupení klesá s věkem. (Müllerová, 2003) Voda usnadňuje trávení, napomáhá vstřebávání živin, důležitá je také při přeměně látek a regulaci tělesné teploty. Exogenními zdroji vody je pitná voda a voda obsažená v potravinách; endogenním zdrojem je oxidační voda vznikající při úplném okysličení cukrů, tuků a bílkovin. (Chmelařová, 2007)

Ideální příjem tekutin je minimálně 1,5 litru tekutin denně nebo jak uvádí RNDr. Fořt: „Je nutné vypít tolik tekutin, kolik v danou chvíli organismus potřebuje, s ohledem na jejich ztráty.“ (Fořt, 2005, s. 144) Záleží však na mnoha okolnostech, např. na věku, tělesné hmotnosti, fyzické aktivitě, pohybu v horku, těžké práci, skladbě jídelníčku, nemoci aj. S dodržováním pitného režimu mívají problémy především děti a senioři. (Kunová, 2004)

Jako příčiny dehydratace ve stáří uvádí MUDr. Jurašková: věkem podmíněné příčiny- např. snížení pocitu žízně, sníženou mobilitu nebo strach z většího příjmu tekutin (inkontinence). Z psychologických příčin to může být deprese. Příčinou dehydratace však může být i iatrogenní poškození, kdy může dojít při polypragmazií k intoxikaci léky, interakci léčiv nebo k dyspeptickým potížím. (<http://www.gepa.cz>, 2009, online)

„Nemá-li organismus dostatečný přísun tekutin, dochází k negativním fyzickým projevům, které však mnoho z nás v důsledku neznalosti nepřičítá dehydrataci organismu. Mezi tyto

projevy patří zvýšení nervosvalové dráždivosti (svalové křeče zejména lýtek a zvláště v nočních hodinách), zvýšení tepové frekvence, bolesti hlavy, někdy i průjmy nebo například pokles výkonu. Pravidelný pitný režim člověka je proto oprávněně středem zájmu mnoha odborníků.“ (Vránová, 2006, s. 23)

Důležité není jen kolik tekutin za den vypijeme, ale také jaké tekutiny přijímáme. K dlouhodobému pití jsou vhodné kvalitní stolní vody, které obsahují relativně málo anorganických solí. (Fořt, 2005) K pravidelné konzumaci naopak nejsou vhodné např. silně mineralizované vody. Pro pitný režim se doporučují minerálky s mineralizací do 1000 mg/l, ale s vyváženým poměrem minerálů. Tento požadavek splňuje například minerální voda Korunní. (Vránová, 2006) Do tekutin nepočítáme kávu a černý čaj, které působí diureticky a mléko, které řadíme spíše mezi potraviny. Černá káva, černý čaj a colové nápoje navíc obsahují kofein, které mohou způsobovat nepozornost, neklid a úzkosti. (Piřha, Poledne et al., 2009)

RNDr. Fořt k pitnému režimu doporučuje:

1. Pijte především kvalitní balenou stolní vodu.
2. Minerální vody by měly být menší částí sortimentu přijímaných tekutin.
3. V místech, kde je kvalita pitné vody prokazatelně nízká nebo výrazně kolísá, vařte pouze ze stolní vody.
4. Pijte minimálně 1,5 litru nealkoholických neslazených nápojů denně.
5. Radikálním způsobem omezte konzumaci všech limonád a slazených minerálních vod, včetně těch, které jsou slazené umělými sladidly!
6. Nepijte ovocné „nektary“ jako hlavní část denního příjmu tekutin.
7. Ideálním nápojem, který přesto nelze používat jako jedinou tekutinu, je šťáva z čerstvého ovoce, ředěná na dvojnásobek stolní vodou.
8. Nápoje „v prášku“ jsou zcela nevhodné (obsahují cukr, kyselinu fosforečnou a citrónovou, umělé příchutě a barviva).
9. Sportovní nápoje v prášku jsou pro rekreační sportovce zbytečné.
10. Sportovní-izotonické-iontové nápoje jsou určeny pouze pro výkonnostní a vrcholové sportovce.

(Fořt, 2005, s. 145-147)

Tekutiny bychom měli pít průběžně celý den a nedohánět jejich příjem až večer. S tím mohou mít problém pracovně zaneprázdnění lidé, ale i děti ve školce a škole. Také u starších lidí je nutné příjem tekutin bedlivě sledovat. Sestry by měly dbát u hospitalizovaných pacientů na to, aby měli tekutiny stále „při ruce“ (samozřejmě dle stavu a ordinace lékaře). Musí si však být také vědomy toho, zda se jsou tito pacienti schopni sami obsloužit.

2 SPRÁVNÁ (ZDRAVÁ) VÝŽIVA

Zdravá nebo správná výživa? Výraz „zdravá výživa“ není přesný a může vyvolat mnoho diskusí. „Není přece výživa zdravá a nezdravá, jako nejsou zdravé a nezdravé potraviny. Nezdravé může být jen jejich množství.“ (Chmelařová, 2007, s. 24)

2.1 VLIV VÝCHOVY NA VÝŽIVU

Tuto podkapitolu jsem se rozhodla zařadit proto, že se přikláním k názoru, že má rodina i jiní činitelé na vytváření stravovacích návyků velký vliv.

Stravovací návyky se vyvíjejí během prvních let života stejně jako biologické a výchovné procesy, směřující ke splnění požadavků zdravého vývoje a růstu. Období prvních pěti let života je obdobím značného růstu a změn, a jsou to roky, kdy mohou stravovací návyky sloužit jako základ pro budoucí stravovací vzorce. Během těchto let učíme děti co, kdy a kolik jíst, na základě kulturních a rodinných přesvědčení, postojů a postupů týkajících se jídla a stravování. (Savage et al., 2007)

Formování nutriční osobnosti rodinou

Životní styl rodiny se odráží ve vývoji nutriční osobnosti dítěte. Způsob života rodiny je ovlivněn např. existenčními podmínkami, dosažitelností potravních zdrojů, organizací života rodiny, zájmem o zdraví, výživu a její začlenění do systému uznávaných hodnot. Velký význam má společné jídlo rodiny. To může upevňovat soudržnost rodiny a přispět k dobrému rodinnému klimatu. V současné době však bohužel význam společných jídel klesá. Častěji jí společně jen děti nebo matka s dětmi. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

Postoje dítěte k jídlu může také ovlivňovat osobnost otce a matky. Preference dětí jsou ovlivněny více matkou, zřejmě proto, že je s nimi v užším kontaktu než otec. Pokud jí otec doma pravidelně, rozdíl mezi vlivem matky a otce se stírají. Na vývoj stravovacích zvyklostí dětí může mít vliv i úroveň dosaženého vzdělání rodičů. Dle některých studií se např. vyšší vzdělání rodičů projevilo nižším BMI u dcer, u synů však ne. Vysokoškolské studentky, jejichž rodiče měli vyšší vzdělání, měly nižší hladiny cholesterolu oproti studentkám, které měli rodiče s nízkým vzděláním.

Jídlo by se dětem mělo podávat bez sociálního kontextu. Když rodiče dětem podávají jídlo, které považují za zdravé a výživné a dítě je pak odměněno za to, že ho třeba i s nucením a přemáháním snědlo, může si k tomuto jídlu vytvořit negativní vztah. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

Vliv mateřské školy na utváření nutričních zvyklostí

Z hlediska výživy dítěte je mateřská škola (dále jen MŠ) důležitým sociálním faktorem. Přejít z rodiny do MŠ přináší určité změny. Od poměrů v rodině se liší jídelní režim, dítě se může setkávat s pokrm, které dříve nepoznalo. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

RNDr. Fořt ke stravování dětí uvádí: „Když v USA začali dietologové varovat veřejnost, že inklinuje k obezitě, průzkum vedl k závěru, že personál kuchyní a za stravování dětí ve školách odpovědní pracovníci nemají dostatečné vzdělání a praxi ani systematickou metodickou pomoc odborníků.“ (Fořt, 2008, s. 21) Významným řešením by tedy mohla být osvěta tohoto personálu odborníky. (Fořt, 2008)

Pozitivní změnu může školka přinést např. v tom, že děti mohou začít vlivem vrstevníků jíst některé výživné potraviny, které do té doby odmítaly. „Je-li dítě ve společnosti kamarádů, kteří mají rádi určitý pokrm, může si jej oblíbit, i když jej původně nemělo nijak zvlášť rádo. Takto vzniklá obliba nového jídla může být trvalá. Preference nového jídla vlivem vrstevníků se velmi dobře vytváří u tříletých dětí, ale sociální facilitace působí v celém předškolním a školním věku.“ (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003, s. 174)

Vliv médií na utváření nutričních zvyklostí

Média mohou mít silný vliv na vývoj jídelních preferencí dětí. Menší děti věří reklamě v televizi stejně jako vysílaným pohádkám. Reklamy se bohužel mnohdy zaměřují na propagaci spíše nutričně méně hodnotných potravin. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

„V jedné zahraniční studii bylo analyzováno vysílání několika televizních kanálů v sobotu dopoledne, což je doba, kdy se mnoho dětí dívá na televizní pořady. Až 71% všech reklam se týkalo jídla, z toho 80% nabízelo pokrmy nízké nutriční hodnoty. Jiným výzkumem bylo zjištěno, že pouze 1% čtyřletých až pětiletých a 28% šest-osmiletých dětí chápe cíl reklamy, tj. prodat výrobek.“ (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003, s. 176) Výrobci často nabízejí „svačinky plné mléka“ nebo „plné energie“ (aniž by se zmínili, že jsou hlavně plné cukru,

umělých příchutí, barviv a že mají nevhodně vysoký obsah ztužených tuků a trans - mastných kyselin). (Fořt, 2008)

Druhým extrémem tlaku médií je mytizace štíhlosti, což může vést až k poruchám příjmu potravy. (Frühauf et al., 2003)

Chyby v nutriční výchově v rodině

Mezi nejčastější chyby, které mohou negativně ovlivnit postoje k jídlu a nutriční zvyklosti dítěte patří neznalosti rodičů o potravě a jejím složení, nevhodná skladba jídelníčku, nepravidelnost v jídlu a nesprávné stravovací návyky rodiny. Jsou to také nevhodné postoje dospělých k jídlu, nedobré chování rodičů při jídlu nebo nedostatečná kultura stolování. Chybou je i nerespektování věkových a vývojových zákonitostí a individuality dítěte a nevyvážené, extrémní diety podávané dětem. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

2.2 VÝŽIVA V PRŮBĚHU ŽIVOTA

2.2.1 Výživa novorozenců a kojenců

Pro novorozence a malé kojence je nejvhodnější výživou mateřské mléko. Světová zdravotnická organizace doporučuje výlučné kojení do ukončeného 6. měsíce života a dále pokračovat v kojení s postupným zaváděním vhodného příkrmu do dvou let věku i déle.

Kojení má mnoho výhod pro dítě i matku. Uvádí se, že po několika letech až desítkách let trpí kojené děti méně často různými záněty střev a žaludku oproti nekojeným dětem. Také se prokazuje souvislost se zvýšeným výskytem diabetu mellitu u nekojených nebo krátce kojených dětí, i vyšší IQ a lepší zrak u dlouhodobě kojených dětí. (Gregora, Paulová, 2003) RNDr. Fořt ve své publikaci z roku 2008 navíc uvádí, že kojení snižuje riziko alergie, ekzému a astmatu, podporuje imunitu a zlepšuje metabolismus cholesterolu.

Dítě, které je kojené se naučí regulovat příjem stravy a méně často pak trpí nechutenstvím, mentální anorexií nebo obezitou či bulimií. Přesto, že umělá výživa nikdy nebude oproti mateřskému mléku plnohodnotnou stravou, jsou situace, kdy kojení z různých důvodů není možné. Dnes je již na trhu pestrá řada umělé výživy, která může zabezpečit růst a vývoj dítěte bez ohrožení. (Gregora, Paulová, 2003)

Dle studie z roku 1998/1999 bylo z 1019 dětí v ČR na konci 6. měsíce výlučně kojeno 23% kojenců, kojeno s příkrmem bylo 30% kojenců a na umělé výživě s příkrmem bylo 47% kojenců. (Svačina et al., 2008)

Jako velmi přínosnou, i z vlastní zkušenosti, vidím činnost laktačních poradkyň, poraden a linek kojení. Každá matka má právo se rozhodnout, zda bude své dítě kojít. Musí však mít možnost a jistotu, že se může s problémy na někoho obrátit, a to kdykoli. Setkala jsem se totiž s pediatrem, kterým kojení nebylo plně uznáváno a podporováno.

2.2.2 Výživa batolat

Strava má být již pestrá, s dostatkem mléka, mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. V případě, že už dítě není kojeno, je pro něho vhodnější umělá mléčná výživa než kravské mléko. Strava batolat by měla obsahovat oproti stravě dospělých výraznější podíl tuku, a to 30 - 45% celkového energetického příjmu. Doporučená denní dávka bílkovin je 1 - 1,2 g/kg. V tomto období se může u dítěte projevovat tzv. fyziologický negativismus, který se promítá i do stravovacího chování. Důležité je zavedení pravidelného stravování a vhodný výběr potravin, protože se v tomto věku začínají vytvářet stravovací návyky. (Müllerová, 2003)

V roce 1999 bylo dle grantového projektu Institutu Danone vyšetřeno 196 batolat z hlediska jejich stravovacích zvyklostí; u 68 batolat byl stanoven energeticko-nutrientní obsah stravy. Bylo zjištěno, že kvalita výživy batolat v České republice je dobrá. Výsledkem je pouze mírně nižší příjem celkové energie, železa, jódu a vápníku. Významně nižší byl příjem vitamínu D a zinku. Nižší příjem vitamínu D stravou je však kompenzován osluněním při dostatečném pobytu batolete venku. Vzhledem k podezření na nízký příjem zinku je vhodné dbát na dostatečné zařazování potravinových zdrojů zinku a je potřeba provést další zpřesňující šetření. (Svačina et al., 2008)

2.2.3 Výživa dětí předškolního věku

Věkové období od 4. do 6. roku života je charakterizováno pozvolným lineárním růstem dítěte. Průměrný přírůstek je 2,5 kg a 6 cm ročně. Důležité je snižovat proporce zastoupení tuků oproti batolecímu období. Tuky by s výjimkou nadměrně velké fyzické zátěže neměly přesahovat 30% celkově přijaté energie. Energetický základ stravy by měly tvořit sacharidy, tvořené převážně polysacharidy a oligosacharidy, a přijímané formou obilovin, zeleniny, včetně brambor, ovoce a mléčných nízkotučných výrobků. O velikosti dávky bílkovin se v současné době diskutuje, protože jak nízký, tak nadbytečný příjem bílkovin má svá rizika. Neoptimálnější denní dávka je pravděpodobně mezi 1 - 1,5 g/kg tělesné hmotnosti. (Svačina et al., 2008)

2.2.4 Výživa dětí školního věku a adolescentů

Období mladšího školního věku (6.- 10. rok) je charakterizováno lineární rychlostí růstu a stejnými výživovými nároky dívek i chlapců. Energetické nároky v průměru činí 335 kJ/kg/den. Toto období není výjimečné svými nutričními nároky, je ale velmi důležité z hlediska formování a akceptování zásad zdravé výživy. Týká se pravidelnosti v jídle, nutriční skladby a vzájemné vyváženosti jednotlivých potravinových skupin v jídelníčku.

Ve starším školním věku (11.- 15. rok) dochází k prudké akceleraci růstu. Mezi 13.-16. rokem dochází u dívek vzhledem k vysokým ročním hmotnostním i výškovým přírůstkům s ukládáním tuku a vývojem svalové hmoty, k nejvyšším energetickým nárokům z celého růstového období, a to 9,4 MJ denně.

Z šetření 500 žáků 11-13 letých, které proběhlo v roce 1997 např. vyplývá, že pravidelně snídá pouze 47% dětí (8% dětí nikdy nesnídá, ve škole nikdy nesvačí 10% dětí) a 4% dětí pije pouze do 1 l tekutin denně. Mezi jejich nejčastěji konzumovaná jídla patří sladkosti.

Adolescencí rozumíme období růstu od konce puberty, kdy jsou již zralé reprodukční funkce, do dosažení maximálního vzrůstu. Období 15.-18. roku života je u chlapců charakterizováno nejvyšší energetickou potřebou, a to 11,5 MJ denně, spojenou s prudkým rozvojem svalové hmoty. Tyto obecně vypočítané dávky jsou však individuálně modifikovány jak rychlostí pohlavního zrání, tak i mírou fyzické aktivity.

V období staršího školního věku a adolescence je v ČR problémem nedostatečný příjem železa. Rozvoj kostry také vyžaduje zvýšené nároky na přísun vápníku, fosforu a hořčíku.

Zdravá výživa může být v tomto věku ohrožena důsledkem zvýšené emoční lability, ať již ve formě odmítání stravy či přejídání se nebo sklonem k alternativním výživovým směrům, praktikovaných bez hlubších znalostí.

(Svačina et al., 2008)

2.2.5 Výživa v graviditě

V graviditě by měla být zdravá výživa ještě zdravější. Správná výživa je v těhotenství důležitá pro matku i plod. Doporučované přírůstky hmotnosti se liší u matek podvyživených, s normální hmotností a obézních. U obézních matek je doporučen přírůstek pouze 6 kg. WHO doporučuje zvýšit energetický příjem o 300 kcal po dobu celého těhotenství, jiné doporučení zní zvýšit příjem o 300 kcal pouze ve 2. a 3. trimestru těhotenství. Doporučená dávka bílkovin je 1 g/kg/den a 10 g denně navíc, jiné doporučení šplhají až na 1,3 g/kg/den. Doporučují se polysacharidy, potraviny s nízkým glykemickým indexem. Velmi důležité jsou esenciální mastné kyseliny; bez nich se správně nevytvoří myelin a surfaktant. Z mikronutrientů je důležitý dostatečný příjem železa, kyseliny listové, jódu a vápníku. Z minerálů je důležitý např. hořčík, jehož deficit je spojován s předčasnými stahy a křečemi. (Grofová, 2007)

„Na kvalitě stravy a na výživových zvyklostech matky závisí kvalita vývoje plodu, a dokonce i jeho budoucí výživové (stravovací) preference. Na těch zase závisí, zda dítě bude nebo nebude mít dříve či později zdravotní problémy určitého typu.“ (Fořt, 2008, s. 13)

2.2.6 Výživa ve stáří

Dle WHO stáří dělíme na: ranné stáří/presenium (60 - 74 let), vlastní stáří/senium (75 – 89 let) a na dlouhověkost (90 let a více). (Šafránková, Nejedlá, 2006 b)

Ve stáří dochází často ke snížení pohybové aktivity, proto by měli senioři snížit příjem energie z potravy. Většina odborníků se shoduje na dostatečném příjmu 2000 - 2500 kcal za den, pro průměrného staršího jedince s lehkou denní pohybovou aktivitou. O co však snížíme energetický příjem, o to je třeba zlepšit jeho kvalitu. (Řípová et al., 2008)

MUDr. Jurašková ve své přednášce uvádí, že WHO (1985) pokládá za bezpečnou dávku bílkovin ve stáří 1,0-1,25 g/kg/den. Příjem tuků by měl být snížen na 30% celkového

energetického přívodu, vzhledem k rizikovým faktorům aterosklerózy. Sacharidy by měly tvořit 55-60% celkové potřeby energie; využívány by měly být především komplexní sacharidy se snížením jednoduchých cukrů. Doporučuje se také zvýšit příjem hrubé vlákniny, optimálně na 20-35 g denně (mírné zvýšení vlákniny zlepšuje střevní pasáž, glukózovou toleranci, trofický stav tračníku, je prevencí kolorektálního karcinomu aj.) Důležitý je i přívod vitaminů a mikroelementů, neboť jejich potřeba ve stáří stoupá.

2.3 ALTERNATIVNÍ VÝŽIVOVÉ SMĚRY

Vlivem duchovních, sociálních, zdravotních a filozoficko-etických faktorů vznikly tzv. alternativní výživové směry. Většina z nich se prezentuje jako reakce na přetechnizovanou společnost nebo návrat k přirozenému způsobu výživy. Ne všechny alternativní výživové směry jsou nedostatkové, v zásadě se ale dá říci, že čím více výživový styl omezuje výběr konzumované stravy, tím je větší předpoklad, že v ní chybí základní nutriční složky. (Adámková, 2008)

2.3.1 Vegetariánská strava

Nejmírnější vegetariánskou formu uznávají tzv. **semivegetariáni**. Tento výživový styl se téměř ztotožňuje se současnými názory na zdravou stravu. Semivegetariánství umožňuje jíst drůbeží maso, ryby, vejce, mléko i mléčné výrobky; ne však tmavé druhy masa a uzeniny. **Laktoovovegetariáni** konzumují vejce, mléko a mléčné výrobky, odmítají však maso, uzeniny i ryby. Problémem u této formy stravy může být nedostatek železa a jódu. **Laktovegetariáni** konzumují z živočišných potravin pouze mléko a mléčné výrobky. Zajištění dostatku kvalitních bílkovin je sice možné, ale je to již náročnější. (Kunová, 2004)

Vegani jsou striktní vegetariáni, kteří nekonzumují žádné živočišné produkty. K zajištění dostatku bílkovin by proto měli mít nutriční znalosti. V potravě může být nedostatek vitaminů B₁₂ a D, vápníku, železa, podle některých odborníků i selenu. (Svačina et al., 2008) MUDr. Kunová uvádí i nedostatek zinku. Problémem může být také nadměrný příjem vlákniny, čímž klesá vstřebávání minerálních látek.

Vegetariáni mají ale obvykle zdravější životní styl-nekouří, sportují, přijímají hodně antioxidantů, vitamínu C, flavonoidů, nenasycených mastných kyselin aj. Méně se u nich vyskytuje diabetes 2. typu a hypertenze, mají nižší cholesterol a jsou štíhlejší. „Znám ovšem i vegetariány s vyššími stupni obezity i vegetariána s BMI nad 50 kg/m².“ (Svačina et al., 2008, s. 291)

2.3.2 Makrobiotika

Makrobiotická strava je odvozena od slov „makros bios“, což znamená dlouhý život. (Svačina et al., 2008) Je součástí určitého životního stylu, vycházející z filozofie existence kosmických sil jin a jang, které jsou přítomny v přírodě ve vyváženém stavu. Svůj původ má v Asii a jejím principem je zachování vyváženosti kosmických sil jin a jang ve stravě. Toho docílíme správnou kombinací a přípravou vhodných potravin. (Mikšová et al., 2006)

Ve svém okolí mám člověka, vyznávajícího tento styl výživy už hodně let, není to však striktní makrobiotik. Nekonzumuje zeleninu ani ovoce, které pochází odjinud než z ČR, odmítá také brambory, mléko a mléčné výrobky. Z masa jí ryby i drůbež, nikdy ale tmavé maso. Konzumuje hlavně obiloviny, luštěniny, zeleninu, tofu a mořské řasy.

2.3.3 Dělená strava

Dělená strava spočívá na teorii lepšího trávení a následného spalování oddělených složek potravy. Podle názoru Mudr. Howarda Haye není schopen žaludek strávit bílkoviny a sacharidy dohromady, a současně vytvořit kyseliny a zásady. Tato strava povoluje konzumaci čistě jednodruhových (bílkoviny, tuky, sacharidy) nebo dvoudruhových potravin (bílkoviny + tuky, sacharidy + tuky). (Chmelařová, 2007) Princip také spočívá v konzumaci velkého množství zeleniny a ovoce, nejlépe syrového, které by mělo tvořit více než polovinu stravy. (Kunová, 2004)

Mezi další alternativní výživové směry patří např. strava podle krevní skupiny nebo syrová organická strava.

2.4 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ

2.4.1 Historie dietních doporučení

Doporučení odborníků na výživu se za posledních 50 let změnila jen málo, upřesňují se však obecně platná doporučení v návaznosti na nové výsledky týkající se výživy. Na konci 2.světové války začal výzkum preventivního vlivu výživy na morbiditu a mortalitu na kardiovaskulární onemocnění. První poznatky spadají do posledních válečných let a objasňují zvýšené riziko zrychlení aterosklerózy vyvolané výživou, a riziko zvýšené mortality na onemocnění srdce a cév. Bylo známo, že vysoká hladina cholesterolu v krvi má negativní vliv na cévy, ale nevědělo se, čím je tato vysoká koncentrace vyvolána. Ke konci 2. světové války se začala řešit otázka realimentace kachektických jedinců z koncentračních táborů. Cílené studie zabývající se tímto problémem byly podporovány vládou Spojených států amerických. „Zjistilo se, že realimentace dietou s převahou živočišných tuků zvyšovala nejen tělesnou hmotnost, ale podstatně i hladinu cholesterolu v krvi na rozdíl od diety s rostlinnými tuky. Tento výzkum ukazoval na nový směr dietní prevence srdečně-cévních onemocnění.“ (Pitřha, Poledne et al., 2009, s. 10)

První doporučení pro dietní prevenci kardiovaskulárních onemocnění byla publikována v odborném tisku již v roce 1950. Bylo doporučeno omezit příjem tuku a spotřebu živočišných tuků, preferovat rostlinné tuky, zvýšit tělesnou aktivitu a snížit spotřebu cigaret. Ve druhé polovině 50. let pak probíhaly rozsáhlé populační studie, jejichž výsledky přinesly obrát do oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění. V 60. a 70. letech se výrazně rozšířila praktická prevence rizika poruchy látkové výměny lipidů výživou. V 80. letech byly rozšířeny poznatky týkající se vlivu příjmu cholesterolu ve stravě na jeho výslednou hladinu v krvi. (Pitřha, Poledne et al., 2009)

V 90. letech se došlo k poznatku, že výrazným snížením hladiny LDL cholesterolu poklesne výskyt kardiovaskulárních příhod. Také bylo prokázáno, že snížení hladiny LDL cholesterolu má téměř bezprostřední vliv na snížení výskytu infarktu myokardu. Na konci 20.století vyšly z výsledků projektů Studie amerických sester a Studie zdravotnických pracovníků tyto poznatky: „Zvýšení tělesné hmotnosti zvyšuje riziko infarktu myokardu i při vyloučení vlivu věku, koncentrace cholesterolu a krevního tlaku. Druhým poznatkem je, že pravidelná spotřeba zeleniny snižuje riziko srdečního infarktu. Možným hlavním faktorem může být zvýšený příjem antioxidačních vitaminů C, A a E; je ale pravděpodobné, že ochranný vliv mohou mít i jiné látky.“ (Pitřha, Poledne et al., 2009, s. 11-12)

2.4.2 Obecná výživová tvrzení

Globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví (Global strategy on diet, physical activity and health) nebo-li dokument WHO vyhlášený v roce 2004 shrnuje několik nutričních cílů z hlediska výživy populace. Tyto cíle pro Českou republiku rozpracovává dokument výživových doporučení MZ ČR vydaný v roce 2005. Doporučení obecně definují nejdůležitější žádoucí cíle a změny, které vedou k podpoře zdraví a jsou důležité z hlediska prevence morbidity i mortality populace. Doporučení zní:

1. Jezte vyváženou pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
 2. Udržujte svou hmotnost a obvod pasu v doporučeném rozmezí (v dospělosti BMI 18,5-25kg/m²; obvod pasu u mužů ne více než 94 cm, u žen ne více než 80 cm). Pravidelně se věnujte pohybové aktivitě (ochranný účinek na zdraví má např. nepřetržitých 30 minut, nejlépe však 1 hodina, rychlé chůze denně).
 3. Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.
 4. Kontrolujte příjem tuků, snižte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem a dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Denně konzumujte mléko nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku.
 5. Několikrát denně jezte chléb, pečivo, těstoviny, rýži, nebo další výrobky z obilovin (zejména celozrnné) a brambory.
 6. Nahrazujte tučné maso a masné výrobky rybami, luštěninami a netučnou drůbeží.
 7. Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se jejich každodenní konzumace a nepřekračujte denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dl vína nebo 5 cl 40% destilátu).
 8. Omezujte příjem kuchyňské soli, celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
 9. Vybírejte potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti. Sladké nápoje nahrazujte dostatečným množstvím nesladkých nápojů, např. vody.
 10. Podporujte plné kojení do ukončeného 6. měsíce věku dítěte, poté kojení s příkrmem do 2 let věku dítěte i déle.
- (Svačina et al., 2008, s. 52)

Důležité je také jíst střídavě a pravidelně, a to 5 - 6 dávek denně. Z hlediska správné výživy má velký význam i technologická úprava potravin. Není vhodné upravovat stravu smažením, ale zejména vařením, dušením, zapékáním nebo opékáním bez tuku. (Málková, 2005)

2.4.3 Doporučení založená na skupinách potravin

Doporučení zdravé (správné) výživy musí být snadno pochopitelné, jasné a názorné široké veřejnosti. Těmto požadavkům odpovídá model výživové pyramidy (Food pyramide), kdy je vhodně složená výživa znázorněna graficky. Základnu pyramidy tvoří základní složka stravy, na kterou nasedají další potravinové skupiny ve snižujícím se zastoupení. (Svačina et al., 2008)

1. Výživová pyramida z roku 2000

Základnu pyramidy tvoří potraviny obsahující sacharidy-obilniny, chléb, pečivo, těstoviny a rýže. Tyto potraviny jsou doporučeny ke konzumaci v počtu 6 - 11 porcí denně. V druhém patře je umístěna zelenina (3 - 5 porcí denně) a ovoce (2 - 4 porce denně). Třetí patro tvoří potraviny doporučované jako zdroj nezbytných bílkovin - mléko, mléčné výrobky a sýry (2 - 3 porce denně) a na druhé straně maso, drůbež, ryby, luštěniny, ořechy a vejce (2 - 3 porce denně). Vrchol pyramidy tvoří tuky a sladkosti, které bychom měli konzumovat velmi střídavě. (Fořt, 2005)

2. Nová výživová pyramida

Skupina amerických expertů revidovala skladbu stávající pyramidy a v roce 2003 tak vznikla nová pyramida výživy, kterou připravili dr. Stampfer a dr. Willett. Mezi nejpodstatnější změnu patří přehodnocení názoru, že základem lidské výživy jsou cereálie. Vědci doporučují snížit konzumaci cereálií jakéhokoliv druhu ve prospěch tuků a bílkovin. Také nesouhlasí s doporučením zásadně omezit konzumaci všech tuků. (Fořt, 2005)

Základnu pyramidy tvoří celozrnné potraviny za současné konzumace rostlinných olejů. Ve druhém patře je zelenina, kterou bychom měli jíst v hojném množství a ovoce, 2 - 3 porce denně. Do třetího patra autoři samostatně zařadili ořechy a luštěniny, jako výborné zdroje kvalitních proteinů a tuků prospěšných pro zdraví. Jejich doporučené množství je 1 - 3 porce

denně. Čtvrté patro tvoří ryby, drůbež a vejce, a to 0 - 2 porce denně. Maso podle autorů není nutné jíst každý den. V pátém patře je umístěno mléko a mléčné výrobky, které autoři doporučují omezit na 1 - 2 porce denně (mnohé z nich obsahují mnoho energie a živočišných tuků, mají vysoký GI a přinášejí riziko intolerance). Vrchol pyramidy je sestaven z červeného masa, másla, světlého pečiva, bílé rýže, těstovin, brambor a sladkostí. Tyto potraviny jsou nějakým způsobem rizikové a měli bychom je konzumovat jen střídavě a výjimečně. (Chmelařová, 2007)

Autoři této pyramidy ale také pokládají za její základ každodenní sport, nutné je podle nich i pravidelné užívání doplňků stravy. Střídou konzumaci alkoholu pokládají za zdraví prospěšnou. (Fořt, 2005)

Pro obyvatelstvo ČR existuje **pyramida výživových doporučení MZ ČR 2006**. Tato pyramida je téměř shodná s pyramidou z roku 2000. Stejně je doporučené množství porcí zeleniny, ovoce, mléka a mléčných výrobků. Obilniny je doporučeno konzumovat v množství 3 - 6 porcí denně; ryby, maso drůbež, vejce a luštěniny v množství 1 - 2 porce denně. Vrchol pyramidy tvoří cukr, tuky a sůl (0 - 2 porce denně). (Svačina et al., 2008)

Ráda bych upřesnila, co si můžeme představit po pojmem „1 porce“:

1 porce obilnin \Rightarrow 1 krajíc chleba (60 g), 1 rohlík či houska, miska ovesných vloček nebo müsli, kopeček vařené rýže či těstovin (125 g)

1 porce zeleniny \Rightarrow velká paprika, mrkev či 2 rajčata, miska čínské zelí či salátu, půl talíře brambor, sklenice neředěné zeleninové šťávy

1 porce ovoce \Rightarrow 1 jablko, pomeranč či banán (100 g), miska jahod, rybízu či borůvek, sklenice neředěné ovocné šťávy

1 porce mléka a mléčných výrobků \Rightarrow 1 sklenice mléka (250 ml), 1 kelímek jogurtu (200 ml), sýr (55 g)

1 porce ryb, masa, drůbeže, vajec, luštěnin \Rightarrow 125 g drůbežího, rybího či jiného masa, 2 bílky, miska sójových bobů, porce sójového masa

1 porce cukru, tuku \Rightarrow cukr (10 g), tuk (10 g)

(Svačina et al., 2008, s. 347)

A proč jsou tak významné jednotlivé skupiny potravin?

Výrobky z obilovin obsahují sacharidy ve formě škrobů, bílkoviny, minerální látky, vitaminy skupiny B a vlákninu. Při zpracování na mouku ztrácí obilí velké množství důležitých látek, proto bychom měli preferovat celozrnné výrobky, které jsou zdrojem vlákniny a minerálních látek, zasytí i v menším množství a snižují vysoký GI pečiva. Celozrnné pečivo musí obsahovat minimálně 80% celozrnné mouky z celkové hmotnosti pečiva. Veřejnost často nevidí rozdíl mezi „tmavým“ a celozrnným pečivem. Tmavá barva někdy bývá způsobena pražením žita a ječmene, takže se nemusí jednat o celozrnné pečivo. Vhodná ke konzumaci je rýže natural nebo rýže parboiled, která obsahuje i při odstranění slupky asi 80% hodnotných látek oproti bílé rýži, která jich obsahuje necelou třetinu. U rýže a těstovin musíme dát pozor na rozvaření, čímž se zvyšuje GI.

Zeleninu bychom měli jíst v co největším množství, buď jakou součást většiny jídel nebo jako samostatné jídlo, např. v podobě zeleninového talíře. Obsahuje 75 - 90% vody, má tedy malé množství energie a je důležitým zdrojem vitaminů, minerálních látek, vlákniny a jiných ochranných látek. I ovoce obsahuje řadu důležitých látek, pozor si však musíme dát na energetickou hodnotu, která je významně vyšší oproti zelenině.

Mléko a mléčné výrobky jsou zdrojem proteinů, vitaminů A, B₂, B₁₂, dále vápníku, jódu, zinku a probiotických kultur. Mléčný tuk je lehce stravitelný a mléčný cukr napomáhá regulaci funkce střev. Z luštěnin a zeleniny se vápník vstřebává asi jen z 10 - 30%, zatímco z mléčných výrobků až z 90%.

Maso je významným zdrojem biologicky hodnotných bílkovin, vitaminů B₁₂, D, dále železa, fosforu a vápníku. Ke konzumaci jsou vzhledem k obsahu tuku vhodná libová masa. Výborným zdrojem bílkovin a většiny vitaminů skupiny B je drůbež. Ke konzumaci se z drůbeže doporučuje především kuřecí a krůtí maso díky obsahu tuku. Ideálním zdrojem bílkovin jsou i ryby. Obsahují tzv. omega - 3 nenasycené mastné kyseliny, které snižují riziko kardiovaskulárních onemocnění. Jsou také zdrojem vitaminu D, minerálních látek (železa, hořčíku, fosforu, draslíku, vápníku), stopových prvků (jódu, selenu) i dalších prvků důležitých pro metabolismus. Výhodou je i to, že jsou ryby dobře stravitelné.

Luštěniny mají z příloh nejnižší GI. Jsou zdrojem minerálních látek, vitaminů, vlákniny, bílkovin, obsahují převažující množství nenasycených MK a minimální množství tuku (výjimkou jsou sójové boby). Sója obsahuje vysoké množství kvalitních bílkovin i tzv. fytoestrogeny.

(Málková, 2005)

„Vajíčka jsou kvalitním zdrojem bílkoviny a tuků. Vysoký podíl tvoří nenasycené, snadno stravitelné tuky, vitaminy (A, K, B₂, B₆, B₁₂) a minerální látky (draslík, železo, zinek, jod, selen). Část tuku tvoří lecitin, který se doporučuje k prevenci duševního stárnutí a nervových poruch.“ (Málková, 2005, s. 80)

3 NESPRÁVNÁ (NEZDRAVÁ) VÝŽIVA

„Nevhodná strava, konzumovaná většinu života počínaje útlým dětstvím, je příčinou většiny vážných zdravotních problémů. Je pouze otázkou času a odolnosti konkrétního jedince, jakého druhu ony obtíže budou a kdy k nim dojde.“ (Fořt, 2008, s. 12)

„Na co nejvíce umíráme? Na oběhová onemocnění a na rakovinu. Co nám ničí život? Civilizační a degenerativní onemocnění a stres. Čeho se bojíme? Nemocí. Co proti nim děláme? Většinou nic. Co musíme všichni? Jíst. Ano, jíst prostě musíme, stejně jako musíme pít. A to je tudíž pádný důvod pro to, věnovat způsobu stravování mimořádnou pozornost.“ (Fořt, 2005, s. 29)

3.1 FAST FOOD

I když nás dnešní doba nutí jíst vše, co je připravené rychle, restauracím typu fast food (rychlé občerstvení), bychom se měli vyhýbat. Během chvilky totiž můžeme vyčerpat celodenní energetický příjem a nedodáme přitom do těla důležité látky. Pro příklad uvedu: smažený hermelín 2800 kJ, velké hranolky 1400 kJ, 200 g gyrosu 3200 kJ, Twister 2500 kJ, Milkshake 1200 kJ. (Málková, 2005)

„Smažené“ koblihy („donuts“) a podobné typy sladkostí, smažené na oleji mají mimořádně vysoký GI, obsahují velké množství tuku a významný podíl trans-mastných kyselin a jedovatých zplodin. Smažené hranolky obsahují nadbytek soli a přepálené tuky; čipsy rovněž mnoho soli, koření podřadné kvality a mnoho ztužených tuků. (Fořt, 2008)

Rychlé občerstvení (dále jen RO) tvoří narůstající množství jídla, které je snědeno mimo naše domovy. Procentuelně z celkové útraty za potraviny, se útrata za RO zdvojnásobila z 20% v 70. letech na 40% do roku 1995. Celkový příjem energie z RO dosáhl pětinásobku, z 2% v 70. letech na 10% v roce 1995. Jedna třetina dospělých Američanů připustila, že se stravují v zařízeních RO, pokud mají příležitost; 7% Američanů se v zařízeních RO stravuje denně. (Isganaitis, Lustig, 2005)

K rychlému občerstvení jsou obvykle nabízeny **sladké limonády**, které jsou jen zdrojem prázdných kalorií. Pití limonád s umělými aromaty, konzervanty, sladidly, barvivy, fosforečnými solemi aj. je jednou z příčin rostoucích problémů s alergií, diabetem mellitu, obezitou či osteoporózou. V USA už katastrofální situace s výskytem obezity přiměla státní

orgány k tlaku na výrobce limonád , aby snížili obsah cukru ve svých produktech. Například výrobce Coca - coly se rozhodl snížit obsah cukru až na jednu polovinu původního množství. (Fořt, 2005)

Konzumace slazených nápojů značně narostla za poslední 3 desetiletí. V období let 1977 až 1996 se vyšplhala konzumace různých druhů limonád o 70% ve věkové skupině 2 - 18 letých a o 83% ve věkové skupině 19-36 letých. Energetický příjem ze slazených nápojů částečně nahradil energetický příjem z mléka dětí a dospívajících. Po domově jsou restaurace rychlého občerstvení druhým nejčastějším místem, kde jsou slazené nápoje konzumovány. (Isganaitis, Lustig, 2005)

3.2 VZTAH VÝŽIVY K NEMOCNOSTI

„Polovina toho, co sníme, živí nás a druhá polovina lékaře.“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 70)

„Paradoxem minulého a tohoto století je obrovský nadbytek živin a absence pohybu. Rozsáhlé populace byly a jsou vystaveny nadbytku živin a absenci výdeje energie – teorie tzv. šetrného genu (thrifty gene). Předpokládá se, že jsme potomci právě těch jedinců, kteří byli v minulosti schopni přežít sucha, hladomory a války. Proto se tak obtížně vyrovnáváme s nadbytkem živin a stoupá výskyt obezity a skupiny onemocnění sdružených v tzv. Reavenově metabolickém syndromu X. Člověk tedy do značné míry umí snášet nedostatek a kupodivu se mnohem hůře vyrovnává s nadbytkem.“ (Svačina et al., 2008, s. 23)

3.2.1 Nadváha a obezita

„Lidská obezita je onemocnění energetického metabolismu, které je provázeno excesivním střídáním triacylglycerolů v adipocytech. Je to metabolické onemocnění hromadného výskytu, které je podmíněno multifaktoriálně jako důsledek interakce genetické predispozice a souhrnu všech negativních faktorů zevního prostředí.“ (Zadák et al., 1997, s. 136)

Obezita tedy může mít řadu příčin, nejčastěji je však způsobena nerovnováhou mezi příjmem a výdejem energie. Tělesnou hmotnost a rizika komplikací obezity můžeme klasifikovat dle hodnot tzv. body mass indexu (BMI), kdy hmotnost v kilogramech vydělíme druhou mocninou výšky v metrech.

Klasifikace tělesné hmotnosti a jejich rizik dle BMI (WHO 1997) :

BMI < 18,5 = podváha (riziko komplikací obezity je nízké)

BMI 18,5 – 24,9 = normální váha (riziko je průměrné)

BMI 25 – 29,9 = nadváha (riziko je mírně zvýšené)

BMI 30 – 34,9 = obezita I. stupně (riziko je středně zvýšené)

BMI 35 – 39,9 = obezita II. stupně (riziko je velmi zvýšené)

BMI 40 a více = obezita III. stupně (riziko je vysoké)

(Kleinwächterová, Brázdová, 2005, s. 22)

Je známo, že je závažnější obezita, kdy se tuk hromadí v břiše - tzv. androidní obezita, která představuje vysoké kardiovaskulární riziko. Tento typ obezity tvoří spolu s několika dalšími parametry metabolický syndrom.

V červnu 2005 byla přijata nová kritéria metabolického syndromu dle International Diabetes Federation. Základní komponentou je abdominální obezita, daná obvodem pasu, která je pro evropské země definována pro muže ≥ 94 cm, pro ženy ≥ 80 cm. Diagnóza metabolického syndromu je stanovena, jsou-li dále přítomny alespoň dva z těchto faktorů: triglyceridy $> 1,7$ mmol/l, HDL-cholesterol $< 1,03$ mmol/l u mužů a $< 1,29$ mmol/l u žen, zvýšený krevní tlak $\geq 130/85$ mm Hg, glykemie nalačno $\geq 5,6$ mmol/l nebo dříve diagnostikovaný diabetes mellitus, či přítomná specifická léčba dané abnormality. (<http://www.farmakoterapie.cz>, 2005, online)

S obezitou je spojena řada onemocnění, např. diabetes mellitus, hypertenze, ateroskleróza, dna, cholelitiáza, pankreatitida, varixy, trombózy, degenerativní onemocnění kloubů a páteře, deprese, nízké sebevědomí aj. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Obezita dosáhla epidemických rozměrů v Americe a na celém světě. Podle průzkumů státního zdravotního a výživového institutu bylo v období let 1999 - 2000 31% americké dospělé populace obézní (BMI nad 30). Jedná se o zřetelný nárůst z 13%, který byl zaznamenán v letech 1960 - 1962. Dětská obezita však narůstá ještě rychleji. V období let 1963 - 1965 bylo obézních pouze 4,2% dětí ve věku 6 - 11 let (BMI nad 95. percentilem vzhledem k věku). Do období let 1999 - 2000 se však toto číslo více než ztrojnásobilo, a to na hodnotu 15,8%. Zvyšující se BMI zasahuje všechny věkové a etnické skupiny v Americe, největší nárůst byl zaznamenán mezi afroamerickými, latinskými a rodilými americkými skupinami. Ostatní rozvojové a vyspělé země však s nimi drží krok. (Isganaitis, Lustig, 2005)

Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou obezita, způsobila ve světě 60 % z 56, 5 miliónů hlášených úmrtí. V ČR je postiženo obezitou asi 25% žen a 22% mužů,

nadváha obecně představuje potíže pro více než 50% populace středního věku. (<http://www.szu.cz>, 2009, online). Výskytem nadváhy a obezity u české populace se podrobněji zabývám v podkapitole „Výzkum životní styl a obezita 2005.“

3.2.2 Podvýživa. Velké energeticko-proteinové malnutrice

Velké energeticko - proteinové malnutrice (PEM - Protein Energy Malnutrition) zahrnují všechny klinické typy a všechny stupně této ve světě nejrozšířenější malnutrice, vyskytující se hlavně v dětství, ale i v dospělosti. Odhaduje se, že PEM v současné době postihují kolem 500 miliónů dětí, nejen z důvodu chudoby, ale i nedostatečné znalosti o správné výživě. (Kleinwächterová, Brázdová, 2005)

Marasmus

Marasmus je způsoben nedostatkem všech složek ve výživě způsobené hladověním. Nejříve se vyčerpávají zásoby glykogenu, později tukové zásoby a nakonec jsou jako zdroj energie využívány i bílkoviny aktivní tělesné hmoty. U dětí je hlavním příznakem růstová retardace, tělesná hmotnost je snížena pod 60% standardu a bývají přidruženy projevy nedostatku různých vitaminů a minerálů. (Kleinwächterová, Brázdová, 2005)

Kwashiorkor

Příčinou je nedostatek bílkovin ve stravě nebo stresové hladovění. Při katabolismu organismus získává energii z aminokyselin a zásoby tuků a cukrů nevyužívá. V organismu se odbourávají krevní i tkáňové bílkoviny; tuková tkáň však zůstává v nezmenšeném množství v organismu. Pacient může zemřít na rozvrat vnitřního prostředí, infekci, hypotermii či srdeční selhání. Hlavním příznakem je edém, ztenčení a ztráta barvy vlasů, apatie aj. (Šafránková, Nejedlá, 2006 b)

Marasmický kwashiorkor

Marasmický kwashiorkor je způsobený kombinací nedostatku bílkovin, energie, vitaminů a minerálů spolu s infekcemi. Vyskytuje se u mnoha osob, zvláště pak u dětí. Tvoří většinu

případů PEM a je dnes největším problémem rozvojových zemí. Udává se, že polovina dětí v těchto zemích nepřežije věk pěti let. (Kleinwächterová, Brázdová, 2005)

„Podvýživa je významný rizikový faktor, jehož přítomnost predikuje četné komplikace. Ve spojení se zátěží potencuje stresové hladovění se všemi důsledky, tedy lokálními i celkovými infekcemi, rozpadem anastomóz a nehojením ran, úbytkem svalů včetně slabosti dechového svalstva, nefungující imunitou a selháváním funkce orgánů. Vysoké procento pacientů (20% i více) přicházejících k hospitalizaci splňuje kritéria podvýživy a během jejich pobytu se často stav nejen nezlepší, ale dokonce prohloubí.“ (Grofová, 2007, s. 95-96) V jiné publikaci je uvedeno, že má projevy proteinově - energetického deficitu téměř polovina pacientů na chirurgických odděleních. Častá je také na interních odděleních u starších osob nebo pacientů s maligním onemocněním. (Kleinwächterová, Brázdová, 2005)

Dle doc. Kohouta jsou nejčastější skupinou ohroženou malnutricí senioři. Ve věku nad 75 let trpí malnutricí dle různých lékařských epidemiologických studií zhruba následující počet seniorů: v ambulantní péči 10-38%, v domácím prostředí 5-12%, u hospitalizovaných pacientů 26-65% a u institucionalizovaných nemocných 5-85%. (<http://www.fzv.cz>, 2009, online)

3.2.3 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes 2. typu (nezávislý na inzulinu) patří spolu s obezitou k nejčastějším onemocněním v ČR, v Evropě a Severní Americe. Počet diabetiků stále narůstá, v naší populaci jich je kolem 5%. Diabetes 2. typu je spojen s obezitou. Kolem 90% nově zjištěných diabetiků 2. typu je obézních, 10% má nadváhu. Na vzniku diabetu se také významně podílí dědičnost. U potomků obou rodičů s diabetem je riziko téměř 100%, u jednoho rodiče je pak riziko 50%. Počet diabetiků přibývá se stoupajícím věkem, také při BMI již od 24 nebo se stoupajícím obvodem pasu. (Svačina, Bretšnajdrová, 2003)

Diabetes 2. typu zvyšuje morbiditu populací a zvyšuje náklady na léčbu. Problémem bývá malá ochota jednotlivců změnit životní styl i dietu a řada osob se tak upíná spíše k prevenci ve formě tablet. Veřejnost spojuje vznik diabetu s nadměrným příjmem cukru; cukrovka má však vztah především k vyššímu příjmu energie obecně a k obezitě. (Svačina et al., 2008)

„Základem léčby diabetu bez ohledu na typ diabetu či věk nemocného je vždy diabetická dieta. Jedná se o vyloučení jednoduchých cukrů, přesnou dávku celkových sacharidů, nejlépe

komplexních a s nízkým GI, alespoň 40 g vlákniny, omezení tuků, zejména satureovaných, pravidelnost v režimu a pohybovou aktivitu s udržováním přiměřené hmotnosti.“ (Grofová, 2007, s. 107)

3.2.4 Ateroskleróza

Ateroskleróza je systémové onemocnění, které postihuje cévy různého kalibru a různých cévních řečišť. Typickými projevy jsou ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS), cévní mozkové příhody a ischemická choroba dolních končetin. Závažné jsou také projevy aterosklerózy na renálním nebo střevním řečišti. (Svačina et al., 2008)

Největší význam má v prevenci aterosklerózy racionální výživa. Nesprávné stravovací návyky jsou spolu s rizikovými faktory (hypertenze, DM, hyperlipidémie, stres, kouření, nadváha, nedostatek pohybu aj.) nejčastějšími příčinami kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění. Dietní opatření v prevenci aterosklerózy jsou prakticky stejná s dietní léčbou hypertenze, diabetu a dietní prevencí diabetu. Na prevenci aterosklerózy jsou např. známy dietní vlivy ve Středomoří a Francii. Francouzská strava obsahuje zvýšený příjem ovoce a zeleniny, také více mléčného tuku než jiné diety. Pozitivní vliv má také mírná konzumace vína, které obsahuje antioxidanty. Ve středomořské stravě je také vyšší konzumace ovoce a zeleniny, obilovin, luštěnin a rostlinných olejů. Základní zdroj tuků představují mořské ryby, olivový olej, mléčné výrobky a drůbež. Vliv má také relativní čerstvost stravy a malé další zpracování, takže zůstává zachováno hodně vitamínů a antioxidantů. (Svačina et al., 2008)

3.2.5 Hypertenze

Arteriální hypertenzí se rozumí trvalé zvýšení krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mm Hg, zjištěné alespoň ve dvou ze tří měření, provedených za standardizovaných podmínek při alespoň dvou návštěvách ordinace. Vysoký krevní tlak patří mezi nejčastější kardiovaskulární choroby; postihuje 20-25% dospělé populace. (Šafránková, Nejedlá, 2006 a)

Jednou z příčin hypertenze může být nadměrný příjem soli. Průměrný Američan nebo Evropan za den přijme až 8 g soli, což je mnoho. Sůl je obsažena skoro v každé potravíně, takže nestačí jen nesolit. Ze stravy bychom měli vyloučit průmyslově vyráběné slané

potraviny (konzervy, uzeniny apod.), potraviny s vysokou dávkou sodíku a minerálky. Studie DASH prokázala, že daleko efektivnější než neslaná dieta je zvýšená konzumace zeleniny a ovoce, a to 500 g až 1 kg denně. Pacientům, kteří konzumovali 5 dávek zeleniny a ovoce denně, laboratorně stouply hladiny vitamínu C a betakarotenu, systolický tlak klesl o 4 mm Hg a diastolický o 1,5 mm Hg. Mezi další opatření v léčbě hypertenze patří omezení příjmu alkoholu a redukce 5-10% hmotnosti, pokud je člověk obézní. Lidé s vysokým tlakem by také měli pravidelně užívat kalciová suplementa a jíst mléčné výrobky (příjem vápníku významně redukuje tlak u těch pacientů, kteří v dietě přijímali málo kalcia). (Svačina et al., 2008)

Je známo, že se nesprávná výživa podílí také na řadě jiných onemocnění, např. na onemocnění jater a pankreatu, nádorech tlustého střeva, gynekologických nádorů aj. Proto je tak důležité předcházet chorobám právě správnou výživou, ideálně v kombinaci s pravidelnou fyzickou aktivitou.

3.3 VÝZKUM „ŽIVOTNÍ STYL A OBEZITA 2005“

Zadavatelem tohoto výzkumu byla Česká obezitologická společnost a realizátorem se stala společnost STEM/MARK. Projekt byl uskutečněn pod záštitou Ministerstva zdravotnictví a Endokrinologického ústavu; za finančního přispění Potravinářské komory ČR. Šetření proběhlo v listopadu 2005 a zúčastnilo se ho 2096 dospělých respondentů z celé ČR (první studie proběhla v letech 2000/2001).

Z průzkumu vyplynulo, že 52% dospělé populace v ČR trpí nadváhou nebo obezitou (35% populace je v pásmu nadváhy, 17% v pásmu obezity). V pásmu normální váhy se pohybuje relativně více žen než mužů (51% žen, 41% mužů). V pásmu nadváhy je 42% mužů a 29% žen. Obezitou I. stupně trpí 14% mužů a 11% žen; obezita vyšších stupňů se vyskytuje u obou pohlaví téměř stejně. Ve srovnání s předchozími vlnami roste počet obézních mužů i žen a klesá počet lidí s normální váhou a podváhou. Bylo také zjištěno, že riziko výskytu nadváhy v dospělosti stoupá s výskytem nadměrné hmotnosti v dětském věku a v rodině. Čím více rodinných příslušníků trpí nadměrnou hmotností, tím vyšší je riziko nadváhy.

Častěji než v předchozích vlnách respondenti konzumují libové maso, drůbež a těstoviny, naopak klesla spotřeba mléka a mléčných výrobků (odtučněných) a tmavého pečiva včetně chleba. Co se týče nápojů, došlo ke snížení konzumace slazených minerálek, moštů a limonád

a naopak ke zvýšení frekvence konzumace neslazených nápojů (vody, sodovek a neslazených minerálek).

Došlo se také ke zjištění, že sledovanými druhy onemocnění (DNA, diabetes mellitus, zvýšená hladina cholesterolu nebo tuků, zvýšený krevní tlak, onemocnění srdce a cév, onemocnění žlučníku, kloubů a páteře) trpí významně častěji lidé s nadváhou a obezitou. Lidé s normální hmotností dosahují celkově vyšší průměrné kvality života z hlediska psychického i fyzického zdraví.

Co se týče fyzické aktivity, tak čas, který populace věnuje pohybu, se zkracuje. Minimální doporučené době 3,5 hodiny náročné fyzické aktivity týdně se věnuje pouze větší třetina populace. Z analýzy Baeckeho dotazníku vyplynulo, že lidé s normální hmotností mají více fyzické aktivity při sportu a ve volném čase; lidé s nadměrnou hmotností mají vyšší fyzickou zátěž v zaměstnání.

Jako hlavní zdroj informací o výživě respondenti uváděli televizi, druhým nejčastějším zdrojem byly časopisy. Oproti předchozím vlnám nejvíce vzrostl vliv lékaře (o 7%).

(<http://www.fzv.cz>, 2006, online)

3.4 PROGRAMY ZDRAVÍ

WHO (1948) pokládá za zdraví: „ Celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (Hanzlíková et al., 2007, s. 14)

Zdraví pro všechny v 21. století

Chování nebo životní styl ovlivňuje naše zdraví až ze 40%, proto se v jednotlivých zemích vytyčují programy zdraví. Ty vycházejí z programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 a v současnosti z 21 cílů programu Zdraví pro všechny v 21. století. Programy si stanovují za cíl dosáhnout změny v chování a v oblastech fyzické aktivity, výživy, alkoholismu aj. Z oblasti výživy byl stanoven cíl č. 11 - Zdravější životní styl. Cílem je, aby si lidé do roku 2015 osvojili zdravější způsob života – zdravější chování v oblastech výživy a stravování, tělesné aktivity aj. Také by se měla podstatně zvýšit dostupnost zdrojů potravin, které odpovídají zásadám racionální výživy. Indikátory budou: národní statistiky o spotřebě potravin, „BMI index“, údaje o vlivu výživy na výskyt chronických onemocnění a informace o pohybové aktivitě. (Hanzlíková et al., 2007)

CINDI

CINDI je program zaměřený na redukování chronických neinfekčních onemocnění, který vychází z programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Uvádí se, že 3 ze 4 úmrtí jsou zapříčiněna kardiovaskulárními, onkologickými a respiračními onemocněními, dále cirhózou jater, otravami a úrazy. Vychází se z faktu, že mají tyto neinfekční nemoci společnou etiologii, a to nezdravý způsob života a nevyhovující prostředí. Proto byly stanoveny cíle, které mají zlepšit zdravotní stav obyvatelstva, snížit morbiditu a mortalitu na kardiovaskulární a onkologické onemocnění a snížit výskyt rizikových faktorů v populaci. Tyto cíle se mají realizovat v rámci reorientace primární zdravotní péče na primární prevenci a změnami postojů obyvatelstva ke svému zdraví společenskými akcemi pro zdravý život. (Hanzlíková et al., 2007)

Národní program podpory zdraví

V roce 1991 byl v ČR schválen Národní program zdraví jako česká varianta programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Na základě rozboru faktorů spojených s vysokou nemocností a úmrtností byla jedním z cílů stanovena změna životního stylu, např. změna výživových zvyklostí (snížení energetického příjmu, spotřeby cukru, tuku a soli, zvýšení konzumace zeleniny a ovoce, ryb, luštěnin a celozrnného pečiva), omezování spotřeby alkoholu, zvládání a omezování nadměrného stresu, optimalizaci pohybové aktivity aj. (Hanzlíková et al., 2007)

Preventivní programy nabízejí také zdravotní pojišťovny. Např. Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytuje finanční příspěvek dětem do 18 let na léčbu nadváhy a obezity, dospělým na léčbu obezity a bonus pro diabetiky na léčbu obezity i nadváhy.

3.5 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY

Sestra může působit jako zdravotně výchovný pracovník na pacienty v nemocnici, ale také na lidi v terénu – v rodinách nebo ordinacích praktických či odborných lékařů. Významnou roli může mít při edukaci svých příbuzných, přátel a sousedů. K odborné edukaci v oblasti výživy sestra není oprávněna, přesto by měla výživa ve vzdělání sester měla zaujímat výjimečné postavení. Sestry mohou identifikovat poruchy příjmu potravy, zjistit stravovací návyky a podílet se na jejich úpravách. (Chmelařová, 2007)

„Sestra na oddělení představuje nejbližší kontakt pacienta se zdravotnickým světem. Pro někoho andělská bytost, pro někoho ten, kdo zase bude chtít, aby jedl. Sestra na oddělení je především profesionál, který musí zvládnout nesmírné množství úkolů. Všechny by však měly být zaměřeny na pacienta a jeho potřeby. Mezi základní potřeby patří výživa. Role sestry spočívá nejprve v detekci abnormalit. K jejich odhalení je třeba stanovit základní parametry a zjistit, zda se od nich pacient odchyluje. Za ty považujeme jak jednoduché zhodnocení stavu výživy, tak sledování, jakým směrem se výživa pacienta ubírá. Druhým úkolem je přispět k tomu, aby se parametry navracely zpět k normě.“ (Grofová, 2007, s. 45)

Ke zhodnocení nutričního stavu pacienta nám slouží nutriční screening, který obvykle obsahuje BMI, údaj o neúmyslném zhubnutí za časový interval, omezení příjmu stravy aj. Dle Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice je nutriční screening jedním z indikátorů kvality péče. Bohužel není zatím zaveden všude. (Grofová, 2007)

Z uvedeného vyplývá, že by měly mít sestry dostatečné znalosti z oblasti výživy. V modelu funkčního typu zdraví M. Gordonové, který sestry používají při sběru informací o pacientovi, tvoří jednu z oblastí výživa a metabolismus. Pacienta se ptáme např. na typický denní příjem jídla a tekutin, jaké potraviny a tekutiny preferuje, zda se stravuje pravidelně a jestli užívá nějaké doplňky stravy. Dotazujeme se také na hmotnost a výšku pacienta, snížení či zvýšení hmotnosti v poslední době a na chuť k jídlu, popř. změny. Zajímáme se, zda má pacient nějaká dietní omezení a jestli ho dodržuje, jestli má nějaké potíže s příjmem potravy a polykáním. Neméně důležité jsou informace o stavu chrupu a zda navštěvuje zubního lékaře, o stavu a barvě kůže, dále jak vnímá schopnost hojení ran a problémy související se stavem vlasů, nehtů aj. Pozorováním můžeme zjistit např. stav výživy (obezita, kachexie) nebo známky dehydratace. Na základě anamnézy potom sestry stanoví ošetrovatelské diagnózy a sestaví krátkodobý a dlouhodobý plán péče. (Mastiliaková, 2002)

Myslím si, že je velmi důležité správné zaznamenávání informací o pacientovi do dokumentace, ale i dostatečná komunikace mezi členy zdravotnického týmu. Pacienti někdy

sdělují některé důležité informace jen sestřám; lékaři ale bohužel ošetřovatelskou dokumentaci nečtou. Proto musí být mezi lékaři a sestrami správná komunikace, aby došlo k předání informací alespoň tímto způsobem.

Uvedla bych zde ještě přehled ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie II. z publikace PhDr. Marečkové z roku 2006, které můžeme stanovit v souvislosti s výživou:

Ošetrovatelská diagnóza	Diagnostická doména	Třída	Číselný kód
Nedostatečná výživa	výživa	přijímání potravy	00002
Nadměrná výživa	výživa	přijímání potravy	00001
Riziko nadměrné výživy	výživa	přijímání potravy	00003
Porušené polykání	výživa	přijímání potravy	00103
Neefektivní krmení kojence	výživa	přijímání potravy	00107
Ochota ke zlepšení výživy	podpora zdraví	management zdraví	00163
Deficit tělesných tekutin	výživa	hydratace	00027
Riziko deficitu tělesných tekutin	výživa	hydratace	00028
Zvýšený objem tělesných tekutin	výživa	hydratace	00026
Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	výživa	hydratace	00025
Ochota ke zlepšení bilance tekutin	výživa	hydratace	00160
Deficitní znalost (např. o dietním režimu)	vnímání- poznávání	poznávání	00126

4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

4.1 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE

Cíle první části výzkumu (identifikační údaje)

- ♦ Zjistit BMI všeobecných sester a laické veřejnosti.

Cíle druhé části výzkumu (přístup ke správné výživě - dle odbornosti)

- ♦ Zjistit rozdíly v přístupu ke správné výživě mezi VS a laickou veřejností.

Cíle třetí části výzkumu (stravovací návyky - dle odbornosti)

- ♦ Porovnat rozdíly ve stravovacích návycích mezi VS a laickou veřejností.

Cíle čtvrté části výzkumu (znalosti o správné výživě - dle odbornosti)

- ♦ Zjistit rozdíly ve znalostech o správné výživě mezi VS a laickou veřejností.

Cíle páté části výzkumu (stravovací návyky – dle věku)

- ♦ Zjistit rozdíly v konzumaci uzenin u populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let).
- ♦ Zjistit rozdíly v množství soli používané při přípravě nebo dochucování jídla u populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let).
- ♦ Porovnat rozdíly v denním příjmu tekutin u populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let)

Cíle šesté části výzkumu (dílčí cíle)

- ♦ Zjistit, jaké mají hodnoty BMI všichni respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují.

- ◆ Zjistit, zda si VS pracující ve směnném provozu myslí, že práce na směny ovlivňuje stravovací návyky.
- ◆ Zjistit, zda si laická veřejnost pracující ve směnném provozu myslí, že práce na směny ovlivňuje stravovací návyky.
- ◆ Zjistit, jak často konzumují ryby všichni respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují.

4.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ, TECHNIKA SBĚRU DAT

Výběr respondentů pro výzkum byl zcela záměrný tak, aby byly výsledky průzkumu co nejvíce přesné.

1. Potřebovala jsem, aby byli všichni respondenti pouze ženského pohlaví.
2. Vyžadovala jsem stejný počet všeobecných sester a laické veřejnosti.
3. Potřebovala jsem stejný počet respondentů u každé z těchto dvou věkových kategorií:
20 - 40 let a 41 – 60 let.

Předpokládala jsem, že téměř všechny sestry budou ženského pohlaví, proto jsem požadovala, aby byli respondenti z řad všeobecných sester i laické veřejnosti pouze ženy. Vzhledem k tomu, že je většina sester v pracovním provozu ve věku od 20 do 60 let, vytvořila jsem 2 věkové skupiny (20 – 40 let a 41 – 60 let) u všeobecných sester i laické veřejnosti.

Kde jsem získala respondenty?

Respondenty – všeobecné sestry jsem získala:

- 1) Nemocnice Opočno (Oblastní nemocnice Náchod, a.s.).
 - chirurgické oddělení, chirurgická JIP, chirurgická ambulance
 - interní oddělení, interní JIP
 - oddělení následné péče

2) Oblastní nemocnice Náchod, a.s.

- neurologické oddělení
- urologické oddělení

Respondenty – laickou veřejnost jsem získala:

- 1) Obec Pohoří (okres Rychnov nad Kněžnou).
- 2) Pacientky chirurgického lůžkového oddělení – nemocnice Opočno (Oblastní nemocnice Náchod, a.s.).
- 3) Zaměstnanci chirurgického oddělení – zaměstnanci pro úklid.

Mým cílem bylo získat celkem 100 respondentů. Z toho 50 dotazníků od všeobecných sester (25 dotazníků od věkové skupiny 20 – 40 let, 25 dotazníků od věkové skupiny 41 – 60 let) a 50 dotazníků od laické veřejnosti (taktéž 25 dotazníků od věkové skupiny 20 – 40 let a 25 dotazníků od věkové skupiny 41 – 60 let). Na přelomu října a listopadu 2008 jsem nejprve provedla u 10 všeobecných sester a 10 laiků pilotní studii, a dle výsledků jsem dotazník upravila. Výzkumnou dotazníkovou akci jsem zahájila v listopadu 2008 a ukončila v únoru 2009, kdy jsem již dorovnávala počty dotazníků. Dotazníky jsem rozdávala s přiloženou obálkou, aby byla zachována ještě větší anonymita. Na odděleních v nemocnicích jsem dotazníky dávala většinou vedoucím pracovníkům (staničním, vrchním sestrám) s ústní žádostí o povolení. Písemně mi žádost o výzkumné šetření v nemocnici Opočno i Oblastní nemocnici Náchod, a.s., povolila hlavní sestra, Bc. Renata Dušková.

U všeobecných sester jsem rozdala celkem 60 dotazníků, u laické veřejnosti 56 dotazníků. Od všeobecných sester se mi vrátilo celkem 51 dotazníků, návratnost tedy byla 85%. Od laické veřejnosti jsem nazpět obdržela celkem 49 dotazníků, návratnost byla 88%. Od sester jsem musela vyřadit 2 dotazníky a od laiků 4 dotazníky. Důvodem bylo chybné vyplnění, nejčastěji šlo o nevyplněnou otázku (u 5 dotazníků) a o vyplnění více než 1 odpovědi v otázce (u 1 dotazníku). Poté jsem ještě dorovnávala počet dotazníků u vybraných skupin.

Získala jsem tedy celkem 100 respondentů:

50 všeobecných sester - 25 žen ve věku 20 – 40 let, 25 žen ve věku 41 – 60 let

50 laické veřejnosti – 25 žen ve věku 20 – 40 let, 25 žen ve věku 41 – 60 let

4.3 POUŽITÁ METODA

K získání informací jsem použila anonymní dotazník, který jsem zpracovala na základě několika dotazníků z bakalářských prací, týkajících se výživy. Některé otázky jsem vytvořila spolu s vedoucí práce. Dotazník tvoří úvod a 4 části.

V **úvodu** se respondentům představuji, seznamuji je, k jakému účelu bude dotazník sloužit, uvádím stručný návod k vyplnění a poděkování za spolupráci.

V **první části**, která se týká identifikačních údajů, se dotazuji na: pohlaví (touto otázkou jsem si chtěla ověřit, zda dotazníky vyplnily skutečně jen ženy), zda respondent je či není všeobecná sestra, věk, nejvyšší ukončené vzdělání, hmotnost a výšku. Z hmotnosti a výšky respondentů jsem následně vypočítala BMI (body mass index), jehož hodnoty jsem zařadila dle klasifikace WHO.

Druhou část dotazníku tvoří 7 otázek. Tato část je zaměřena na přístup ke správné výživě. Zajímalo mě např. zda si lidé myslí, že lze zdraví ovlivnit výživou nebo styl výživy výchovou; zda se domnívají, že má na stravovací návyky vliv směnný provoz. Zajímavé také bude určitě zjištění, jak si respondenti myslí že se stravují, zda mají dostatečné informace o správné výživě a odkud nejčastěji čerpají poznatky o výživě. Dále se ptám, co si myslí, že je nejčastější příčinou obezity.

Třetí část dotazníku, která se zabývá stravovacími návyky, obsahuje 17 otázek. Zajímalo mě, zda respondenti praktikují nějaký alternativní výživový styl (popř. jaký); jak často konzumují potraviny tzv. rychlého občerstvení, uzeniny, sladkosti; jak solí a jestli se přejídají. V této části jsem také položila otázky, kterými zjišťuji, v jakých situacích respondenti nejčastěji konzumují jídlo; zda a jak často užívají tzv. doplňky stravy (popř. jaké doplňky). Součástí správné výživy je i pitný režim, proto se dotazuji na denní příjem tekutin a preferenci tekutin. Pokládám také otázku, zda respondenti konzumují celozrnné výrobky a dále se dle pyramidy výživy a porcí potravin dotazuji na konzumaci zeleniny, ovoce, mléka a mléčných výrobků. Co se týče masa, zajímalo mě, jaké maso respondenti preferují a jak často konzumují ryby. V poslední, 17. otázce, měli respondenti napsat, jaké je jejich nejoblíbenější jídlo. I když tato otázka nevypovídá nic o četnosti konzumace, zajímalo mě, zda budou respondenti uvádět klasická česká jídla nebo spíše potraviny, které jsou v rámci správné výživy doporučovány. Protože tvoří respondenty sestry i laici ve směnném provozu, záměrně jsem nepoložila otázky týkající se pravidelnosti a četnosti stravy, jelikož si myslím, že zrovna toto může být směnností ovlivněno. Oproti tomu např. denní doporučené porce potravin dle pyramidy výživy mohou respondenti dodržet v jednosměnném i vícesměnném provozu.

Čtvrtou část dotazníku tvoří 4 otázky, které jsou zaměřeny na znalosti o správné výživě. Nejdříve jsem respondenty požádala, aby vyplnili dotazník sami za sebe, jelikož by mohla kolektivní spolupráce ovlivnit výsledky výzkumu. Respondentů se v této části ptám, co snižuje riziko rakoviny tlustého střeva. Dále zjišťuji jejich znalosti o cholesterolu a zda si myslí, že jsou vhodné ke konzumaci potraviny s nízkým glykemickým indexem. V poslední otázce se dotazuji, co si představují pod pojmem „Body Mass Index“ (BMI).

Výsledky dotazníků jsem převedla do tabulky vytvořené v programu Microsoft Excel. Získané údaje byly zaneseny do tabulek a grafů. Výsledky dotazníku jsem shrnula do 6 částí:

- 1) Identifikační údaje.
- 2) Přístup ke správné výživě – rozdíly dle odbornosti.
- 3) Stravovací návyky – rozdíly dle odbornosti.
- 4) Znalosti o správné výživě – rozdíly dle odbornosti.
- 5) Stravovací návyky - rozdíly dle věku (vybrané problémy).
- 6) Dílčí cíle.

Ve výzkumné části někde používám místo výrazu všeobecné sestry jen sestry nebo VS, a místo laické veřejnosti jen laici.

Zkoumaný vzorek respondentů tvoří rozdílný počet sester a laiků pracujících v jednosměnném a vícesměnném provozu vzhledem k tomu, že by bylo v nemocnici, kde jsem prováděla průzkum obtížné získat dostatečný počet sester v jednosměnném provozu (zrovna tak i dostatek laiků pracujících na směny). Otázka č. 3 v části „Přístup ke správné výživě – dle odbornosti“ se dotazuje na názor vlivu práce ve směnném provozu na stravovací návyky a porovnává tento postoj u sester a laiků, kteří pracují i nepracují ve směnách. Aby však tyto výsledky byly objektivní, stanovila jsem jako dílčí cíle zjistit tento názor zvlášť u sester a u laiků pracujících pouze ve směnném provozu.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Identifikační údaj č. 1 - Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů – dle odbornosti

	VŠEOBECNÁ SESTRA		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Žena	50	100%	50	100%
Muž	0	0%	0	0%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

Tabulka č. 1 znázorňuje pohlaví VS a laiků.

Respondenty tvořilo 50 sester (100%) a 50 laiků (100%) ženského pohlaví. Žádná všeobecná sestra ani laik nebyli mužského pohlaví (0%).

Identifikační údaj č. 2 - Jste všeobecná (zdravotní) sestra?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 2: Odbornost respondentů

	VŠEOBECNÁ SESTRA	
	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	50	50%
Ne	50	50%
CELKEM	100	100%

Komentář:

Na tabulce č. 2 můžeme vidět, zda respondenti jsou či nejsou všeobecné sestry (tzn. odbornost respondentů).

Respondenty v tomto výzkumu tvoří stejné zastoupení sester i laiků, tzn. 50 sester (50%) a 50 laiků (50%).

Identifikační údaj č. 3 - Váš věk:

a) 20 – 40 let

b) 41 – 60 let

Tabulka č. 3: Věk respondentů – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
20 – 40 let	25	50%	25	50%
41 – 60 let	25	50%	25	50%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

Tabulka č. 3 znázorňuje věk VS a laiků.

Ve věkové kategorii 20 – 40 let je 25 sester (50%) a 25 laiků (50%). Stejně zastoupení tvoří také věkovou skupinu 41 – 60 let, tzn. 25 sester (50%) a 25 laiků (50%).

Identifikační údaj č. 4: Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) základní
- b) odborné bez maturity
- c) odborné s maturitou, středoškolské
- d) vyšší
- e) vysokoškolské

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Základní	0	0%	6	12%
Odborné bez maturity	0	0%	17	34%
Odborné s maturitou/středoškolské	46	92%	17	34%
Vyšší	2	4%	4	8%
Vysokoškolské	2	4%	6	12%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

Tabulka č. 4 nám ukazuje, jakého nejvyššího ukončeného vzdělání VS a laici dosáhli.

Základní vzdělání nemá žádná sestra (0%), ale 6 laiků (12%). Odborné vzdělání bez maturity neuvedla rovněž žádná sestra (0%), ale 17 laiků (34%). 46 sester (92%) a 17 laiků (34%) má vzdělání odborné s maturitou/ středoškolské. Vyššího vzdělání dosáhli 2 sestry (4%) a 4 laici (8%), vysokoškolské vzdělání uvedli 2 sestry (4%) a 6 laiků (12%).

Identifikační údaj č. 5: Pracujete ve směnném provozu?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 5: Práce ve směnném provozu – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	39	78%	9	18%
Ne	11	22%	41	82%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

V tabulce č. 5 můžeme vidět, kolik VS a laiků pracuje ve směnném provozu.

Ve směnném provozu pracuje 39 sester (78%) a 9 laiků (18%). 11 sester (22%) a 41 laiků (82%) uvedlo, že nepracuje ve směnném provozu.

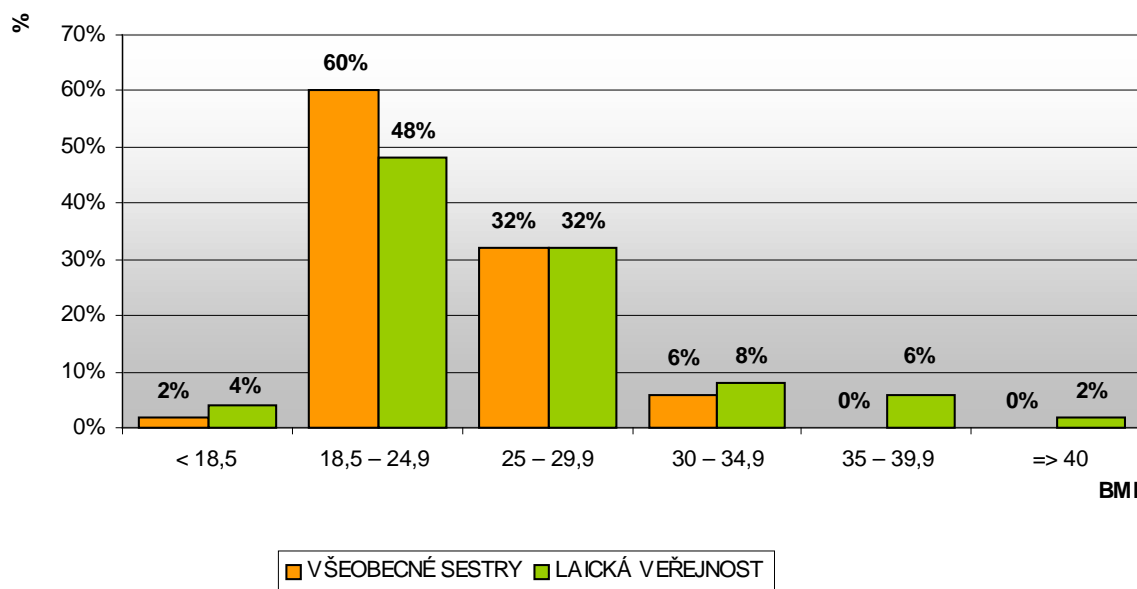
Identifikační údaj č. 6: Vaše hmotnost

č. 7: Vaše výška

Tabulka č. 6: BMI respondentů – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
BMI < 18,5	1	2%	2	4%
BMI 18,5 – 24,9	30	60%	24	48%
BMI 25 – 29,9	16	32%	16	32%
BMI 30 – 34,9	3	6%	4	8%
BMI 35 – 39,9	0	0%	3	6%
BMI ≥ 40	0	0%	1	2%
CELKEM	50	100%	50	100%

Graf č. 1: BMI respondentů – dle odbornosti



Komentář:

Tabulka č. 6 a graf č. 1 nám znázorňují BMI sester a laiků.

V kategorii podváhy (BMI < 18,5) je 1 všeobecná sestra (2%) a 2 laici (4%). Normální váhy (BMI 18,5 - 24,9) dosahuje 30 sester (60%) a 24 laiků (48%). Nadváha (BMI 25 - 29,9) postihuje 16 sester i 16 laiků, tedy 32%. Obezitou I. stupně (BMI 30 - 34,9) trpí 3 sestry (6%) a 4 laici (8%). V pásmu obezity II. stupně (BMI 35 – 39,9) není žádná sestra (0%), ale 3 laici (6%). Obezitu III. stupně (BMI ≥ 40) rovněž nemá žádná sestra (0%), oproti 1 laikovi (2%).

Nejvíce sester má tedy normální váhu, a to 60% sester. 32% sester má nadváhu, 6% obezitu I. stupně a 2% sester podváhu. Žádná sestra nemá obezitu II. ani III. stupně.

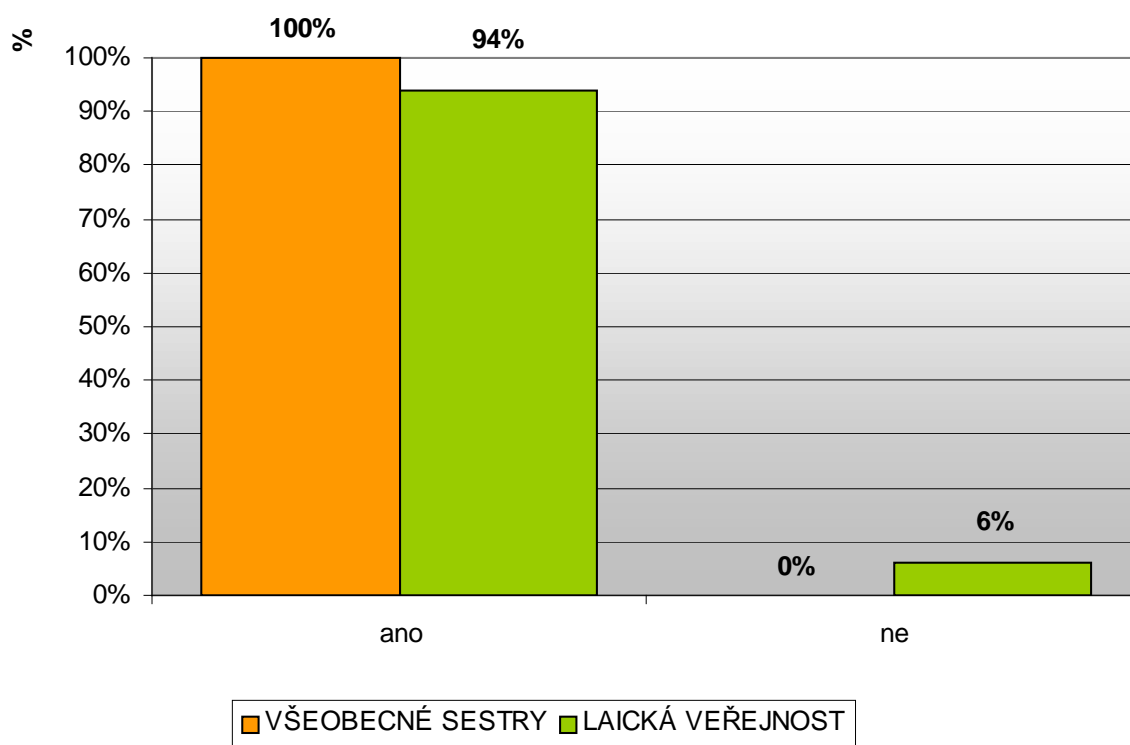
Laická veřejnost je také nejčastěji v kategorii normální váhy – 48%, 32% laiků má nadváhu, 8% obezitu I. stupně, 6% obezitu II. stupně, 4% podváhu a 2% obezitu III. stupně.

5.2 PŘÍSTUP KE SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI

Otázka č. 1: Myslíte si, že jde výživou ovlivnit naše zdraví?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 2: Mínění o ovlivnění zdraví výživou – dle odbornosti



Komentář:

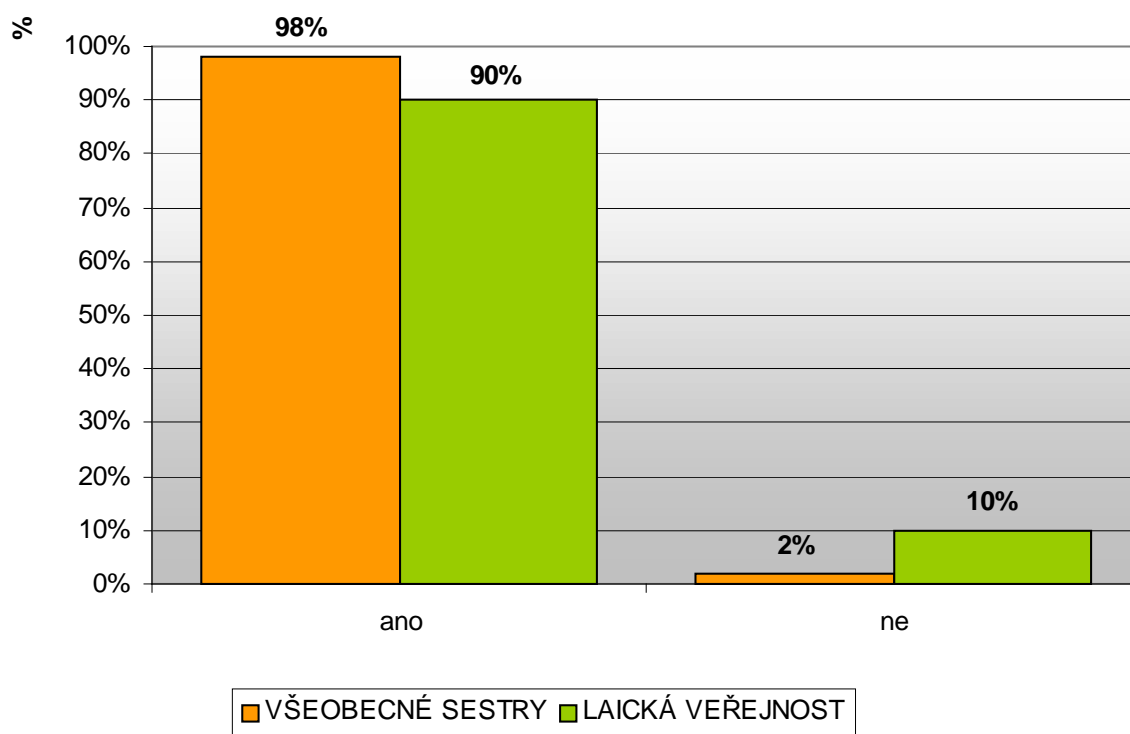
Graf č. 2 nám ukazuje, zda si VS a laici myslí, že jde naše zdraví ovlivnit výživou.

Názor, že lze zdraví ovlivnit výživou, zastává všech 50 sester (100%) a 47 laiků (94%). Žádná sestra (0%) neuvedla, že zdraví ovlivnit výživou nejde. Toto si však myslí 3 laici (6%).

Otázka č. 2: Domníváte se, že lze styl výživy ovlivnit výchovou?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 3: Mínění o ovlivnění výživy výchovou – dle odbornosti



Komentář:

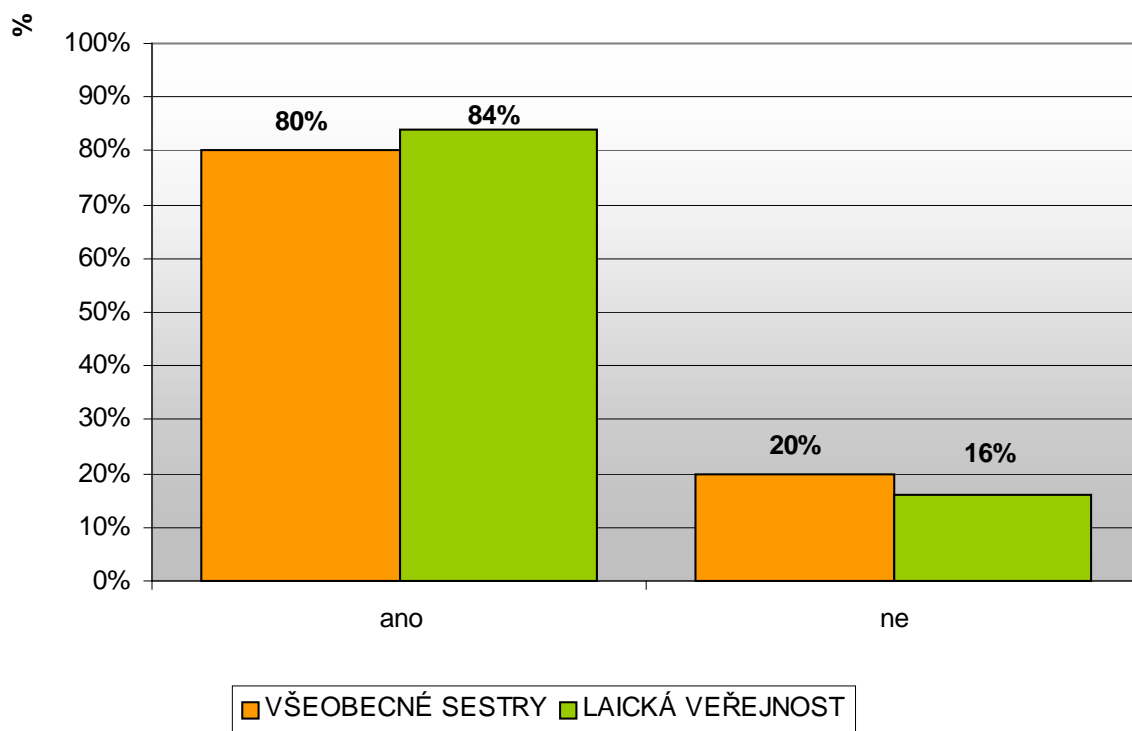
Graf č. 3 znázorňuje, zda se VS a laici domnívají, že lze styl výživy ovlivnit výchovou.

49 sester (98%) a 45 laiků (90%) si myslí, že styl výživy jde ovlivnit výchovou. Opačný názor má 1 sestra (2%) a 5 laiků (10%).

Otázka č. 3: Domníváte se, že má na stravovací návyky vliv práce ve směnném provozu?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 4: Mínění o vlivu práce ve směnném provozu na stravovací návyky – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 4 nám ukazuje, zda si VS a laici myslí, že práce ve směnném provozu ovlivňuje stravovací návyky.

40 sester (80%) a 42 laiků (84%) se domnívá, že práce ve směnném provozu ovlivňuje stravovací návyky. Názor, že směnný provoz na stravovací návyky nemá vliv zastává 10 sester (20%) a 8 laiků (16%).

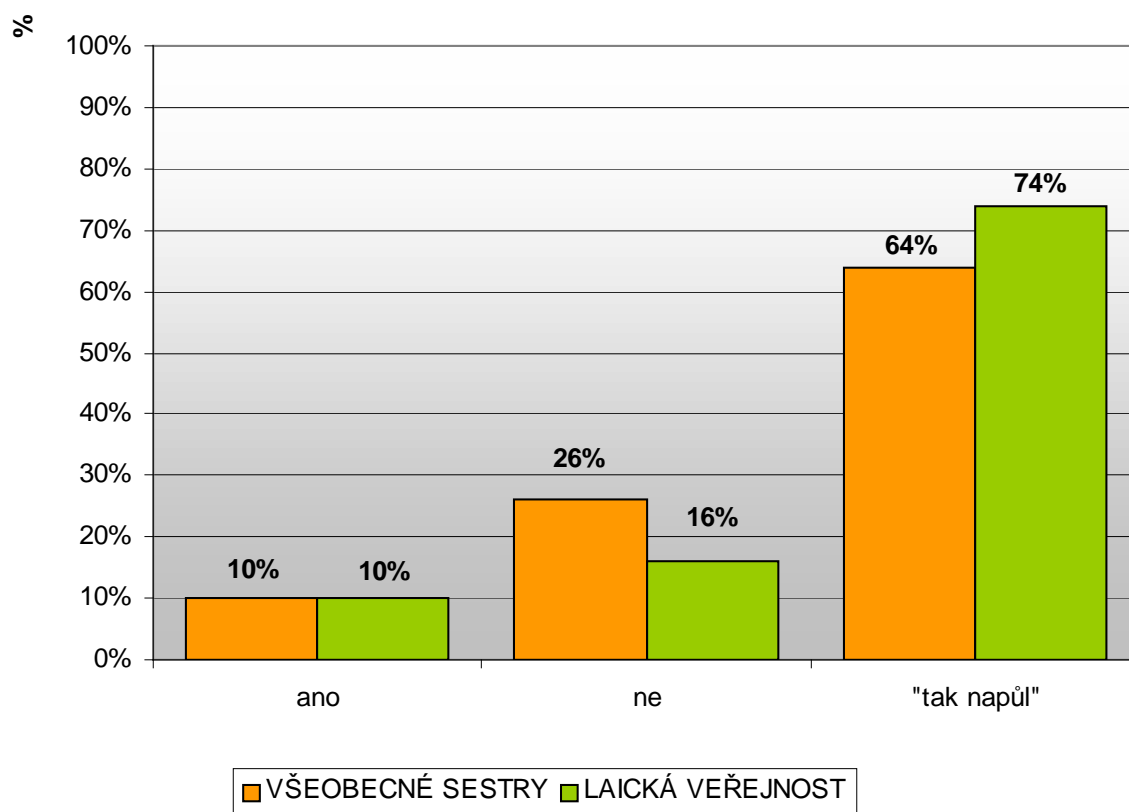
Otázka č. 4: Myslíte si, že se správně stravujete?

- a) ano
- b) ne
- c) tak napůl

Tabulka č. 7: Mínění o správném stravování – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	5	10%	5	10%
Ne	13	26%	8	16%
„Tak napůl“	32	64%	37	74%
CELKEM	50	100%	50	100%

Graf č. 5: Mínění o správném stravování – dle odbornosti



Komentář:

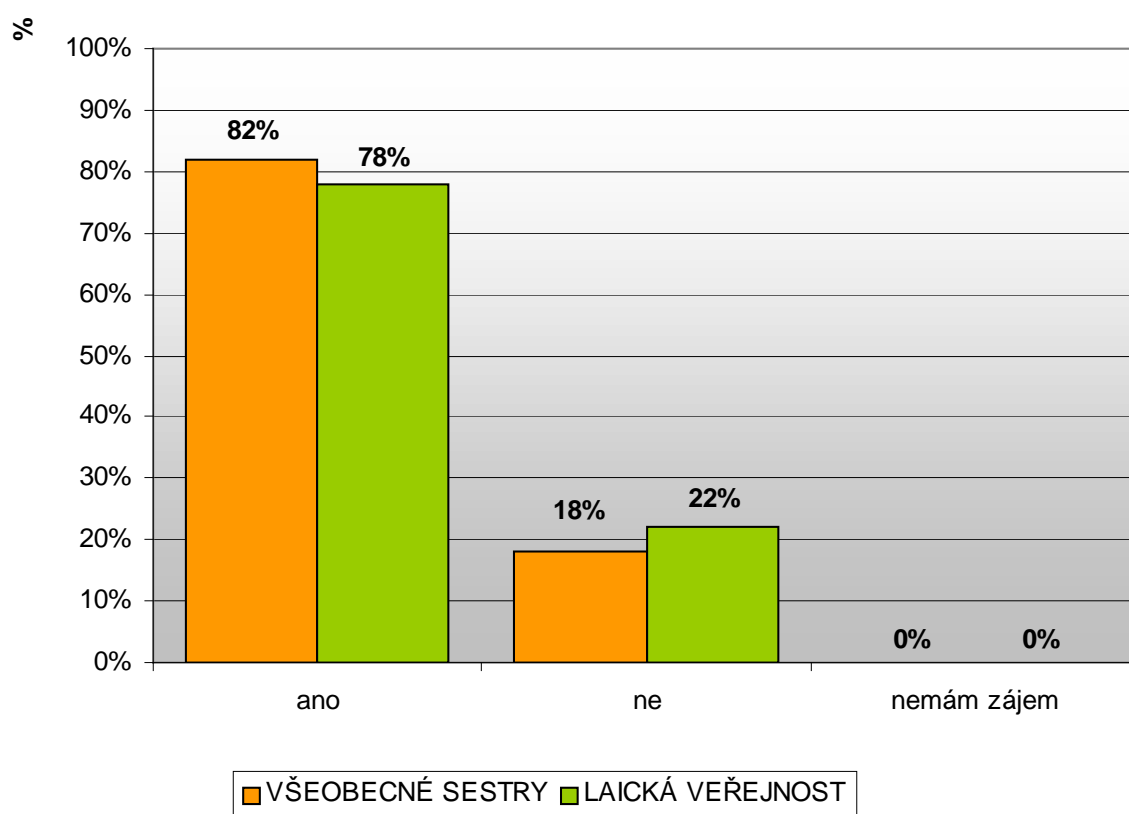
Tabulka č. 7 a graf č. 5 znázorňují, jak si VS a laici myslí, že se stravují.

Pouze 5 sester (10%) a 5 laiků (10%) uvedlo, že se správně stravuje. 13 sester (26%) a 8 laiků (16%) si myslí, že se nestravuje správně. Nejvíce se respondenti domnívají, že se stravují zdravě i nezdravě, tzn. „tak napůl“, a to 32 sester (64%) a 37 laiků (74%).

Otázka č. 5: Máte dostatečné informace o správné výživě?

- a) ano
- b) ne
- c) nemám zájem o informace týkající se správné výživy

Graf č. 6: Informovanost o správné výživě – dle odbornosti



Komentář:

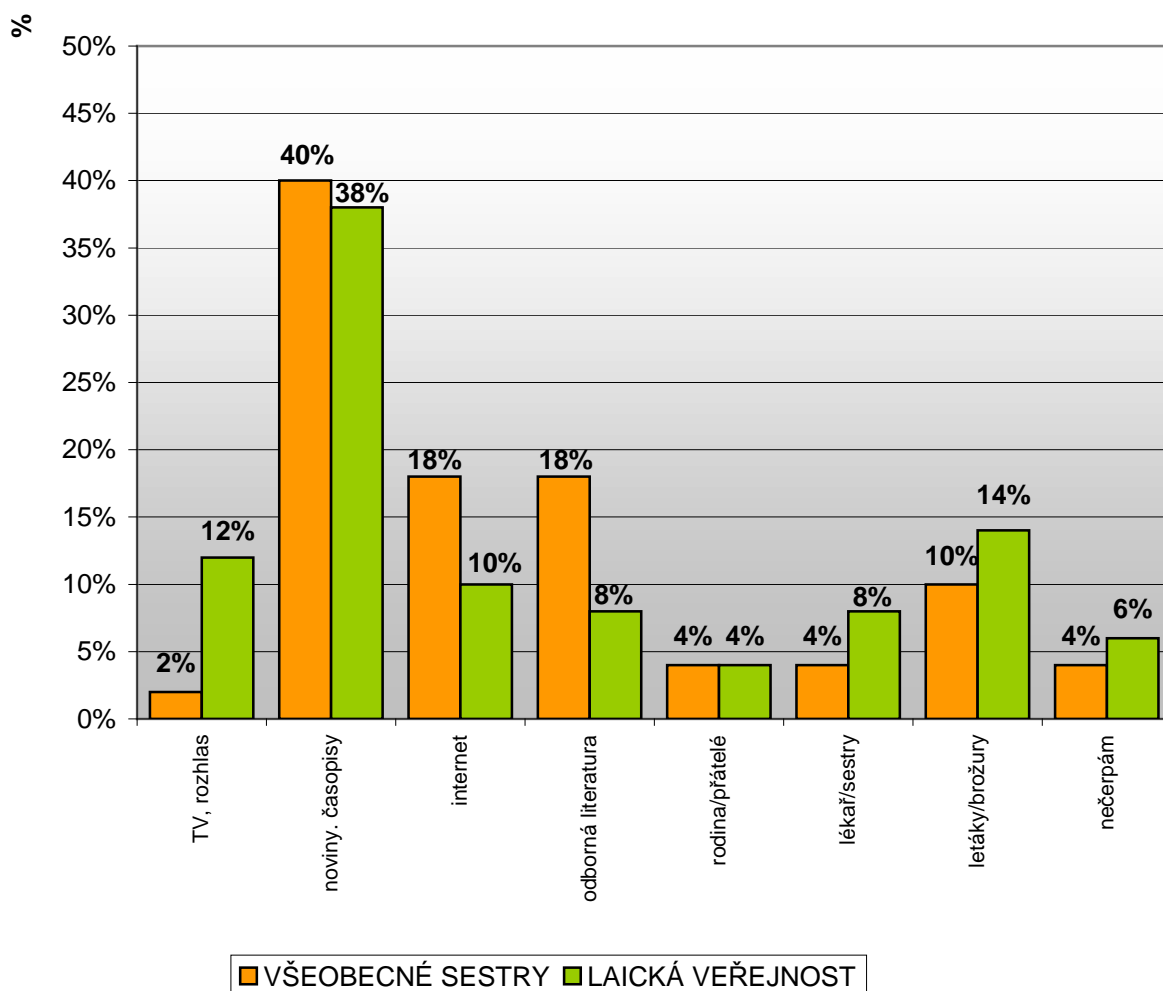
Z grafu č. 6 vyplývá, zda mají VS a laici dostatek informací o správné výživě.

41 sester (82%) a 39 laiků (78%) uvedlo, že jsou dostatečně informováni o výživě. Naopak, nedostatek informací udává 9 sester (18%) a 11 laiků (22%). Pozitivním zjištěním určitě je, že žádná sestra ani laik (0%) neuvedli nezájem o informace týkající se správné výživy.

Otázka č.6: Jaký je Váš nejčastější zdroj čerpání poznatků o správné výživě?

- a) televize, rozhlas
- b) noviny, časopisy
- c) internet
- d) odborná literatura
- e) rodina, přátelé
- f) praktický/ odborný lékař, sestry
- g) informační letáky/ brožury
- h) nové poznatky nečerpám

Graf č. 7: Zdroj poznatků o správné výživě – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 7 ukazuje, jaký je pro VS a laiky nejčastější zdroj čerpání poznatků o správné výživě.

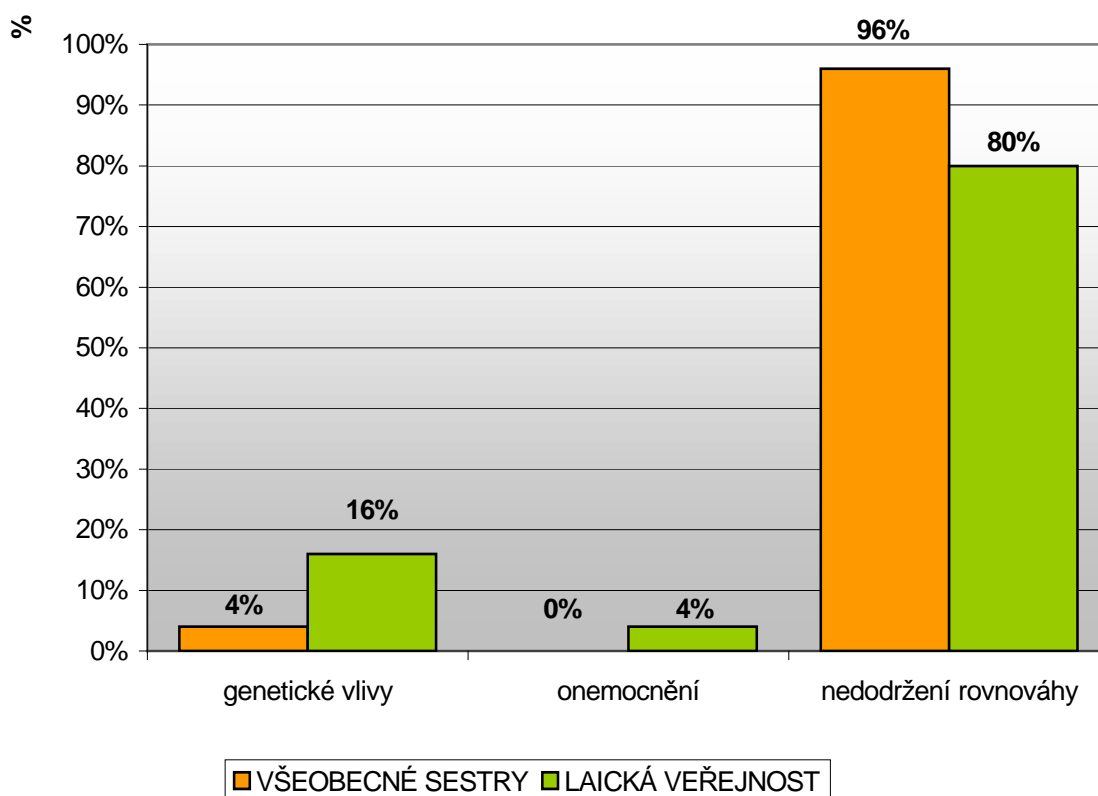
Pro sestry jsou nejčastějším zdrojem noviny a časopisy. Tento zdroj zvolilo 20 sester (40%). Následuje internet a odborná literatura, které uvedl stejný počet sester, a to 9 (18%). 5 sester (10%) čerpá z informačních letáků/brožur, 2 sestry (4%) uvedly shodně praktického/ odborného lékaře, sestry a rodinu/přátel. Rovněž 2 sestry (4%) uvedly, že nové poznatky nečerpají. Z televize a/nebo rozhlasu získává poznatky pouze 1 sestra (2%).

Také laická veřejnost nejčastěji získává poznatky z novin a časopisů, což uvedlo 19 laiků (38%). Druhým nejčastějším zdrojem jsou informační letáky/brožury - tuto možnost zvolilo 7 laiků (14%). Celkem 6 laiků (12%) uvedlo televizi a/nebo rozhlas, 5 laiků (10%) internet, 4 laici (8%) uvedli shodně odbornou literaturu i praktického/ odborného lékaře, sestry. 3 laici (6%) nové poznatky nečerpají a 2 laici (4%) mají informace od rodiny a přátel.

Otázka č. 7: Co se domníváte, že je nejčastější příčinou obezity?

- a) genetické vlivy
- b) onemocnění
- c) nedodržení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie

Graf č. 8: Mínění o nejčastější příčině obezity – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 8 znázorňuje, co si VS a laici myslí, že je nejčastější příčinou obezity.

Za nejčastější příčinu obezity uváděli respondenti nedodržení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Tuto variantu zvolilo 48 sester (96%) a 40 laiků (80%). 2 sestry (4%) a 8 laiků (16%) uvedlo genetické vlivy; onemocnění nezvolila žádná sestra (0%) oproti 2 laikům (4%). Z těchto výsledků vyplývá, že i když někteří respondenti přičítají obezitu dědičnosti či onemocněním, přesto si významná většina z nich je vědoma, že je to hlavně důsledek nedostatku pohybu a nadbytečného příjmu energie.

5.3 STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE ODBORNOSTI

Otázka č. 1: Dodržujete nějaký alternativní výživový styl? (vegetariánství, veganství, makrobiotika, dělená strava, strava podle krevních skupin aj.)

a) ano (uved'te).....

b) ne

Tabulka č. 8: Alternativní výživový styl – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Ano	0	0%	3	6%
Ne	50	100%	47	94%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

V tabulce č. 8 můžeme vidět, zda VS a laici praktikují alternativní výživový styl.

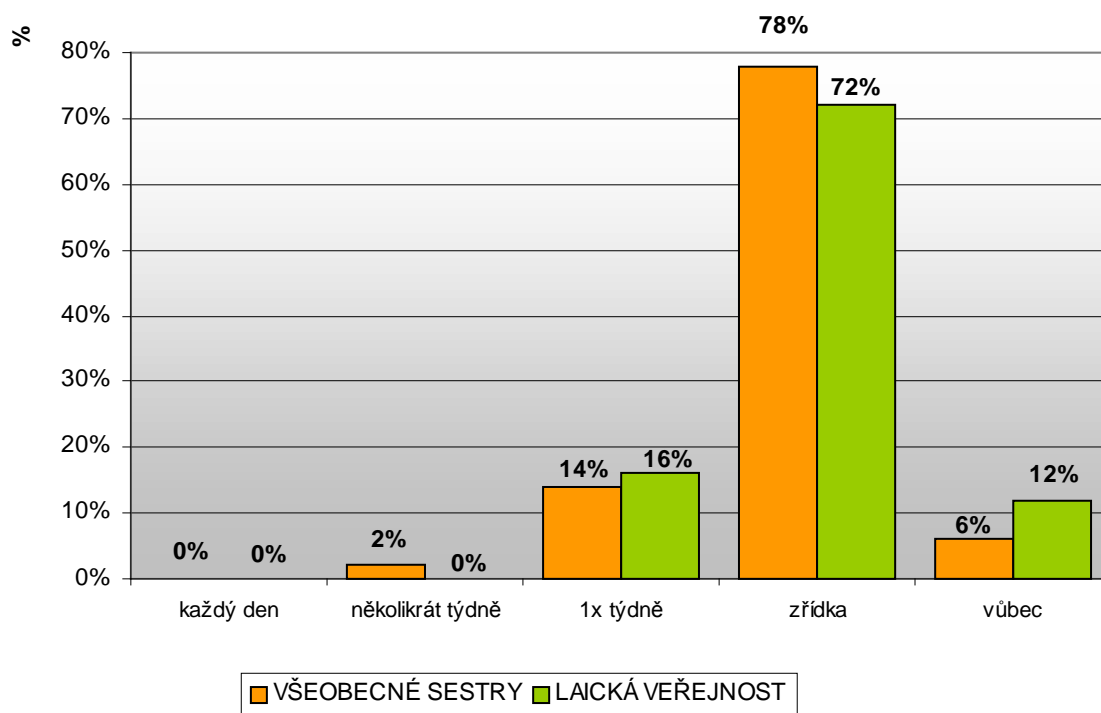
Žádná sestra (0%) neuvedla, že se stravuje alternativně. Z laiků tuto možnost zvolili 3 respondenti (6%) - 2 respondenti (4%) konzumují dělenou stravu a 1 respondent (2%) je

vegetarián. Žádný alternativní výživový styl tedy nepraktikuje 50 sester (100%) a 47 laiků (94%).

Otázka č. 2: Jak často konzumujete potraviny tzv. rychlého občerstvení? (pizza, hranolky, smažený sýr aj.)

- a) každý den
- b) několikrát týdně
- c) 1x týdně
- d) zřídka
- e) vůbec

Graf č. 9: Konzumace potravin tzv. rychlého občerstvení – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 9 znázorňuje, jak často VS a laici konzumují potraviny tzv. rychlého občerstvení (fast food).

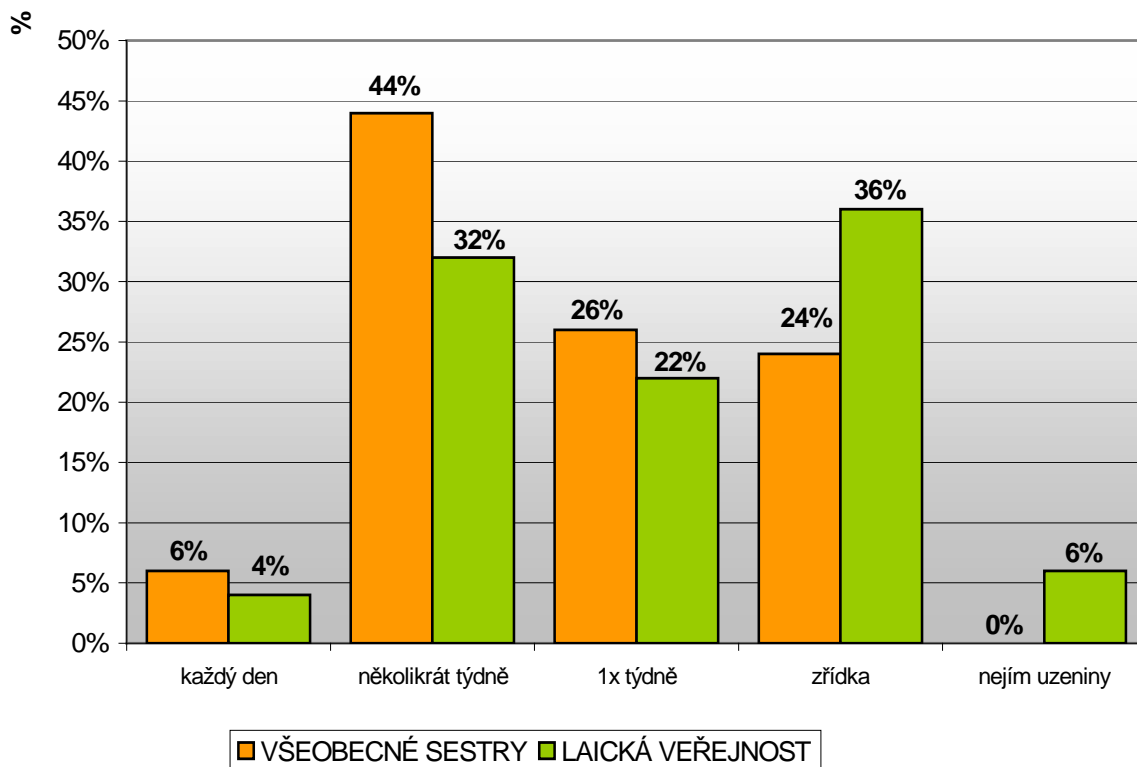
Žádná sestra ani laik (0%) nekonzumuje tzv. rychlé občerstvení každý den. 1 sestra (2%) konzumuje tuto stravu několikrát týdně, z laiků tuto možnost nezvolil žádný respondent.(0%). 7 sester (14%) a 8 laiků (16%) uvedlo konzumaci 1x týdně. Nejvíce respondentů konzumuje tyto potraviny zřídka, což uvedlo 39 sester (78%) a 36 laiků (72%). 3 sestry (6%) a 6 laiků (12%) nekonzumuje tzv. fast food vůbec.

Z těchto výsledků dále vyplývá, že zřídka nebo nikdy konzumuje „fast food“ celkem 84% sester i 84% laiků. Tento celkem přijatelný výsledek může být ovlivněn tím, že jsem průzkum prováděla u respondentů v okolí Dobrušky, kde žádná zařízení RO nejsou. Je ale také možné, že si lidé již uvědomili důsledky RO a jídla tohoto typu nekonzumují tak často ani doma.

Otázka č. 3: Jak často jíte uzeniny?

- a) každý den
- b) několikrát týdně
- c) 1x týdně
- d) zřídka
- e) nejím uzeniny

Graf č. 10: Konzumace uzenin – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 10 nám ukazuje, jak často VS a laici konzumují uzeniny.

Všeobecné sestry nejčastěji konzumují uzeniny několikrát týdně, a to 22 sester (44%). 13 sester (26%) udává konzumaci 1x týdně, 12 sester (24%) zřídka a 3 sestry (6%) každý den. Žádná sestra (0%) neuvedla, že nekonzumuje uzeniny.

Laická veřejnost konzumuje uzeniny nejčastěji zřídka, což uvedlo 18 laiků (36%). 16 laiků (32%) uvedlo konzumaci několikrát týdně, 11 laiků (22%) 1x týdně, 3 laici (6%) uzeniny nekonzumují a 2 laici (4%) jí uzeniny každý den.

Sdružíme – li odpovědi a + b (tzn. každý den a několikrát týdně), což můžeme považovat za častou konzumaci, vyjde nám, že takto jí uzeniny 50% sester a 36% laiků. Překvapivá je polovina sester, konzumujících uzeniny každý den nebo několikrát týdně, protože zejména ony by měly vědět, že nejsou vhodné k časté konzumaci.

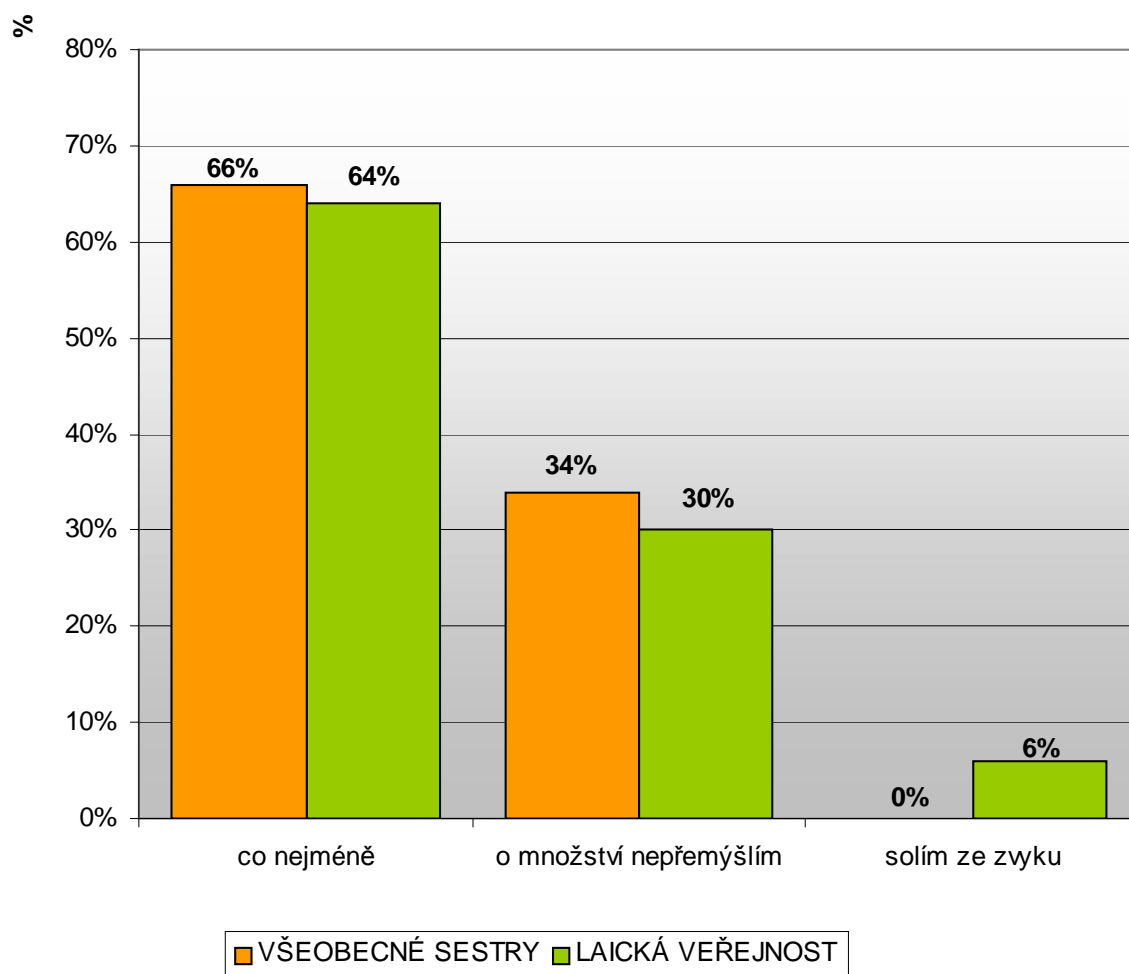
Otázka č. 4: Jaké množství soli používáte při přípravě nebo dochucování jídla?

- a) snažím se solit co nejméně
- b) o množství soli nepřemýšlím – hlavně, aby mi chutnalo
- c) solím ze zvyku

Tabulka č. 9: Příjem soli – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Snažím se solit co nejméně	33	66%	32	64%
O množství soli nepřemýšlím – hlavně, aby mi chutnalo	17	34%	15	30%
Solím ze zvyku	0	0%	3	6%
CELKEM	50	100%	50	100%

Graf č. 11: Příjem soli – dle odbornosti



Komentář:

Tabulka č. 9 a graf č. 11 znázorňují, jaké množství soli VS a laici používají při přípravě nebo dochucování jídla.

33 sester (66%) a 32 laiků (64%) uvedlo, že se snaží solit co nejméně. O množství soli naopak nepřemýšlí 17 sester (34%) a 15 laiků (30%). Solení ze zvyku neuvedla žádná sestra (0%), tuto možnost ovšem zvolili 3 laici (6%). Problém neuváženého solení je tedy u 1/3 laiků, ale i sester.

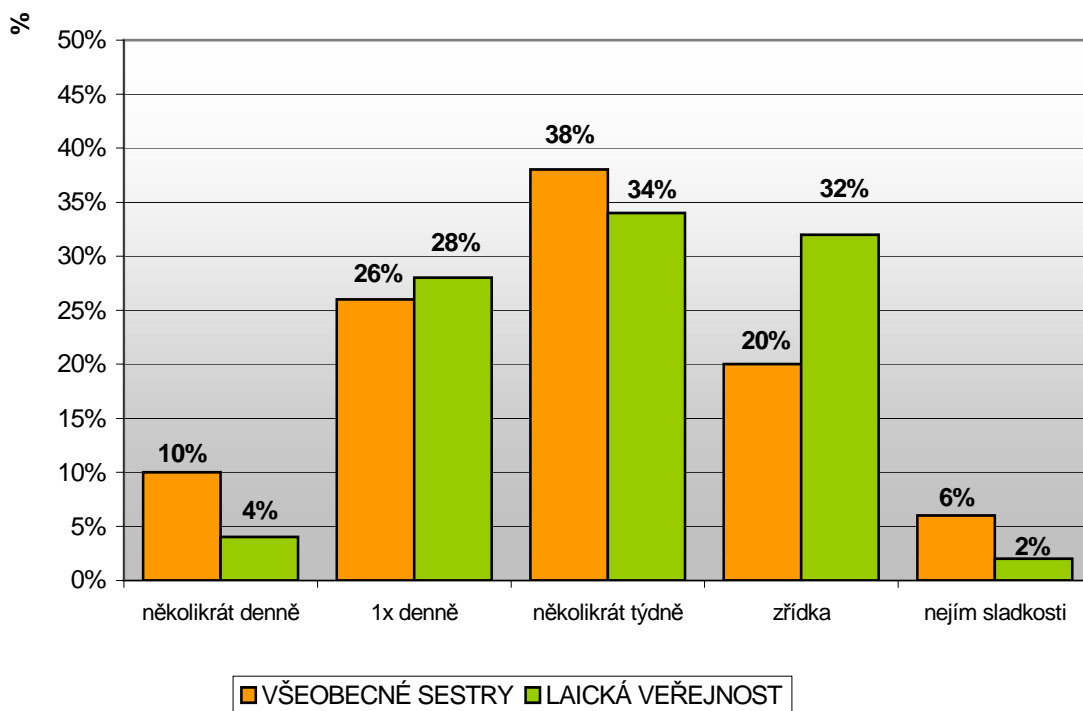
Otázka č. 5: Jak často si dopřáváte sladkosti?

- a) několikrát denně
- b) 1x denně
- c) několikrát týdně
- d) zřídka
- e) nejím sladkosti

Tabulka č. 10: Konzumace sladkostí – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Několikrát denně	5	10%	2	4%
1x denně	13	26%	14	28%
Několikrát týdně	19	38%	17	34%
Zřídka	10	20%	16	32%
Nejím sladkosti	3	6%	1	2%
CELKEM	50	100%	50	100%

Graf č. 12: Konzumace sladkostí – dle odbornosti



Komentář:

Tabulka č. 10 a graf č. 12 ukazují, jak často VS a laici konzumují sladkosti.

Všeobecné sestry nejčastěji konzumují sladkosti několikrát týdně, což zvolilo 19 sester (38%). 13 sester (26%) uvedlo konzumaci 1x denně, 10 sester (20%) zřídka a 5 sester (10%) několikrát denně. Sladkosti nejí vůbec 3 sestry (6%).

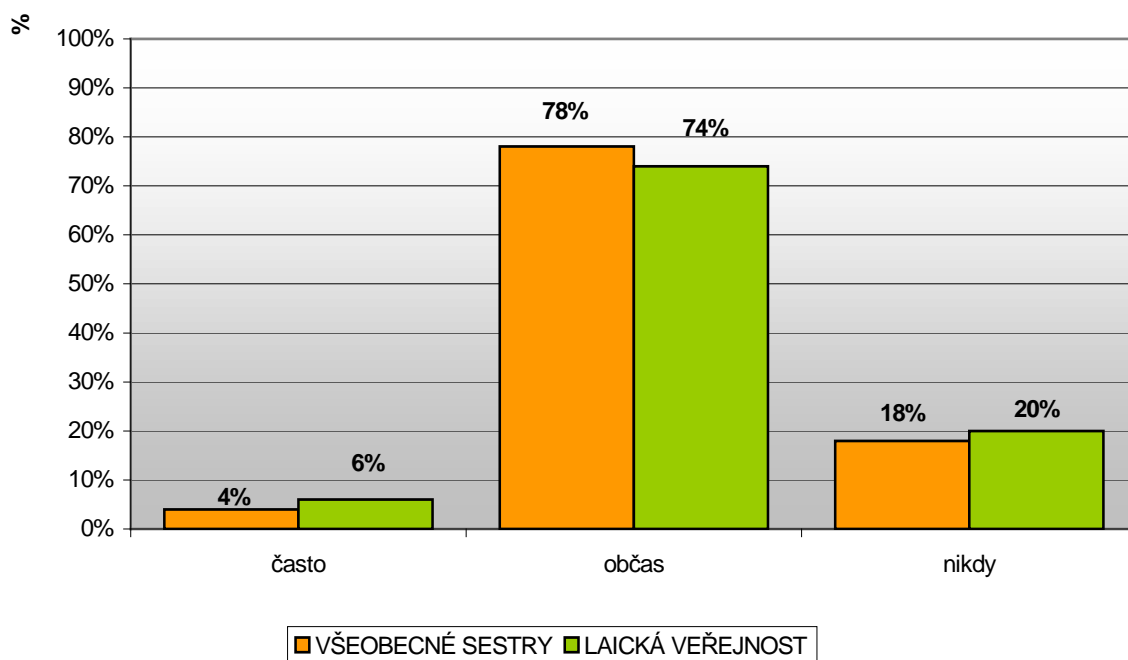
Z laické veřejnosti konzumuje sladkosti 17 respondentů (34%) několikrát týdně, 16 laiků (32%) zřídka, 14 laiků (28%) 1x denně, 2 laici (4%) několikrát denně a 1 laik (2%) uvedl, že sladkosti nejí.

Sdružíme – li odpovědi a + b (tzn. několikrát denně a 1x denně), vychází nám, že více než třetina sester (36%) konzumuje sladkosti každý den. Denně si dopřává sladkosti také 32% laiků.

Otázka č. 6: Přejídáte se?

- a) nedokážu se ovládat v jídle, a proto se často přejídám
- b) přejídám se jen občas – např. při slavnostních příležitostech
- c) nikdy se nepřejídám

Graf č. 13: Přejídání – dle odbornosti



Komentář.

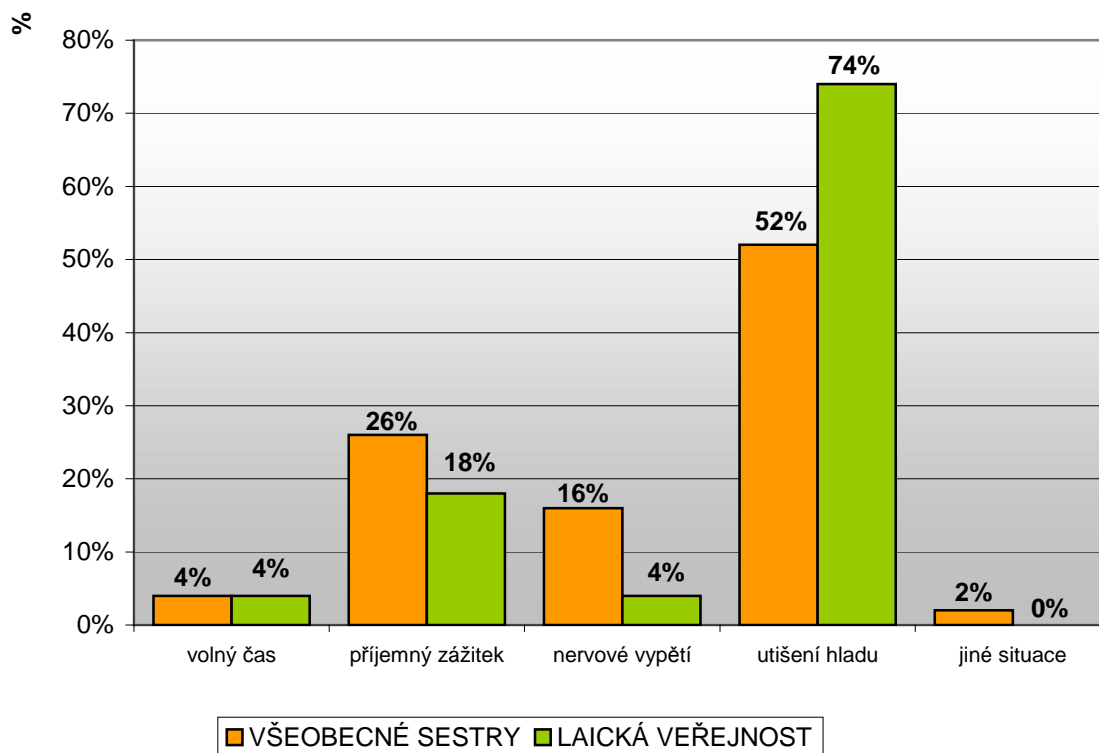
Na grafu č. 13 můžeme vidět, jak často se VS a laici přejídají.

2 sestry (4%) a 3 laici (6%) odpověděli, že se nedokážou ovládat v jídle, a proto se často přejídají. Pouze občas - např. při slavnostních příležitostech se přejídá 39 sester (78%) a 37 laiků (74%). 9 sester (18%) a 10 laiků (20%) uvedlo, že se nepřejídá nikdy.

Otázka č. 7: V jakých situacích nejčastěji jíte?

- a) abych vyplnila volný čas
- b) jídlo je pro mne příjemným zážitkem
- c) ve chvílích nervového vypětí
- d) abych utišila hlad
- e) v jiných situacích (prosím, uveďte).....

Graf č. 14: Situace, při nichž respondenti nejčastěji jí – dle odbornosti



Komentář:

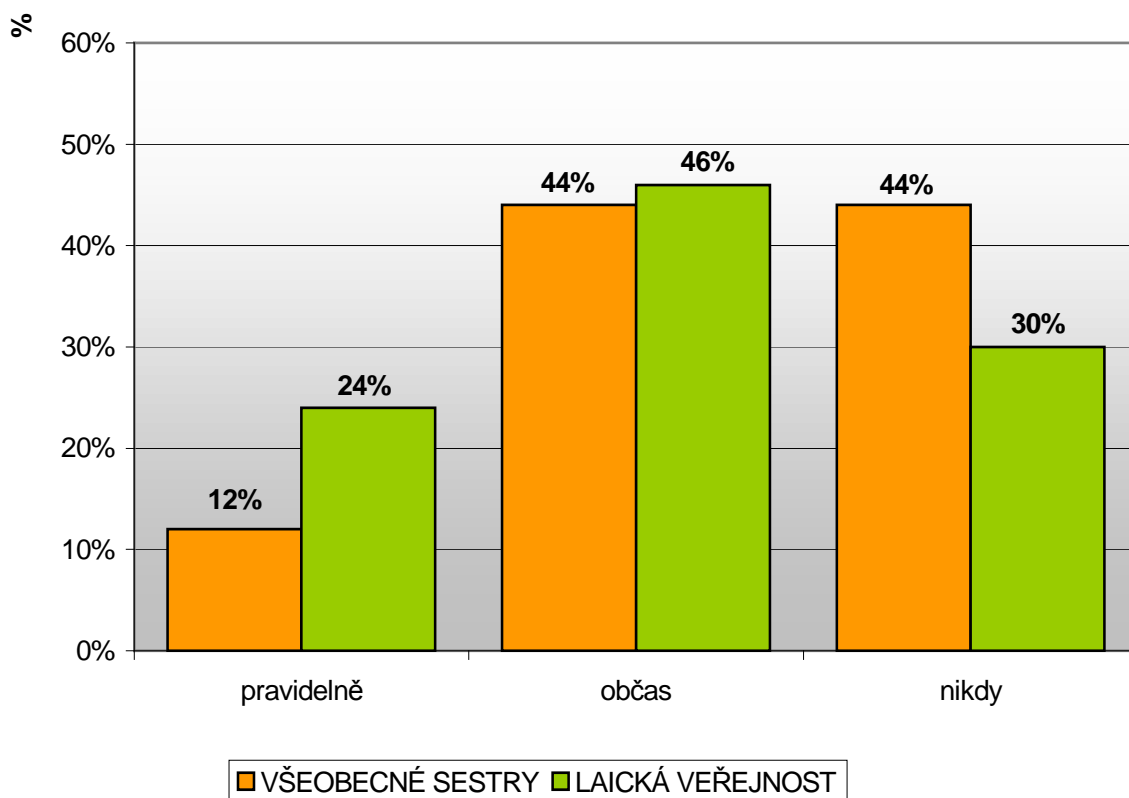
Z grafu č. 14 vyplývá, v jakých situacích VS a laici nejčastěji jí.

2 sestry i laici (4%) odpověděli, že jí nejčastěji, aby vyplnili volný čas. Variantu „jídlo je pro mne příjemným zážitkem“ uvedlo 13 sester (26%) a 9 laiků (18%). 8 sester (16%) a 2 laici (4%) jí nejčastěji ve chvílích nervového vypětí; 26 sester (52%) a 37 laiků (74%), aby utišili hlad. Jinou situaci uvedla 1 sestra (2%), ale žádný laik (0%). Tato sestra zároveň napsala, že jí nejčastěji při vaření jídla.

Otázka č. 8: Konzumujete nějaké doplňky stravy? (vitaminy, minerály, rozpustný vápník, hořčík, rybí olej, doplňky stravy při redukce nadváhy aj.)

- a) ano, pravidelně (doplňte jaké).....
- b) ano, občas (doplňte jaké).....
- c) ne, nikdy

Graf č. 15: Četnost konzumace doplňků stravy – dle odbornosti



Komentář:

Z grafu č. 15 vyplývá, jak často VS a laici konzumují tzv. doplňky stravy.

6 sester (12%) a 12 laiků (24%) konzumuje doplňky stravy pravidelně, pouze občas 22 sester (44%) a 23 laiků (46%). 22 sester (44%) a 15 laiků (30%) uvedlo, že tyto doplňky nikdy nekonzumuje.

Podotázka k otázce č. 8: Jaké doplňky stravy konzumujete?

Respondenti, kteří odpověděli, že konzumují doplňky stravy buď pravidelně nebo občas měli také uvést, jaké doplňky konzumují.

Tabulka č. 11: Druh konzumace doplňků stravy – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Vitaminy	9	18%	13	26%
Minerály	2	4%	0	0%
Vitaminy+minerály	10	20%	12	24%
GS chondro	2	4%	1	2%
Vláknina	2	4%	3	6%
Rybí olej	0	0%	2	4%
Brusinky	1	2%	0	0%
Preventan	1	2%	0	0%
Koenzym Q10	1	2%	0	0%
Pivovarské kvasnice	0	0%	1	2%
Probio - fix	0	0%	1	2%
Chlorella	0	0%	1	2%
Lecitin	0	0%	1	2%
Nikdy nekonzumuje	22	44%	15	30%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

Z uvedené tabulky č. 11 vyplývá, jaké doplňky stravy VS a laici konzumují.

10 sester (20%) konzumuje vitaminy + minerály, 9 sester (18%) pouze vitaminy. Po 2 sestrách (4%) minerály, vlákninu a přípravek GS chondro a po 1 sestře (2%) brusinky, preventan a koenzym Q10. Nikdy doplňky stravy nekonzumuje 23 sester (46%).

Z laické veřejnosti užívá 13 laiků (26%) vitaminy, 12 laiků (24%) vitaminy + minerály, 3 laici (6%) vlákninu, 2 laici (4%) rybí olej a po 1 laikovi (2%) GS chondro, pivovarské kvasnice, probio fix, chlorellu a lecitin. Doplňky stravy nekonzumuje nikdy 15 laiků (30%).

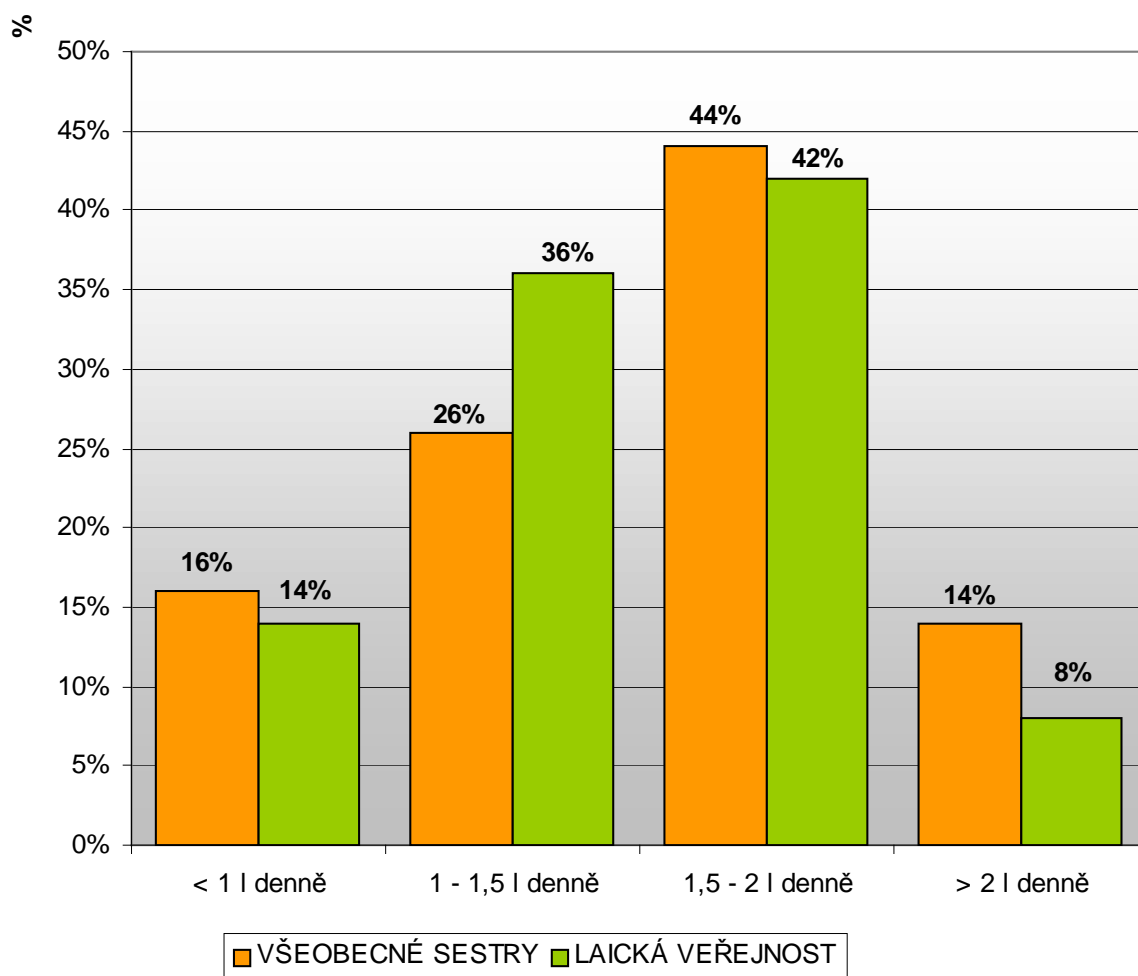
Otázka č. 9: Jaký je Váš denní příjem tekutin? (bez černé kávy, mléka, kakaa, omáčky, polévky)

- a) méně než 1 litr denně
- b) 1 – 1,5 litru denně
- c) 1,5 litru – 2 litry denně
- d) více než 2 litry denně

Tabulka č. 12: Pitný režim – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Méně než 1 litr denně	8	16%	7	14%
1- 1,5 litru denně	13	26%	18	36%
1,5 litru – 2 litry denně	22	44%	21	42%
Více než 2 litry denně	7	14%	4	8%
CELKEM	50	100%	50	100%

Graf č. 16: Pitný režim– dle odbornosti



Komentář:

Tabulka č. 12 a graf č. 16 znázorňují, kolik tekutin denně přijímají VS a laici.

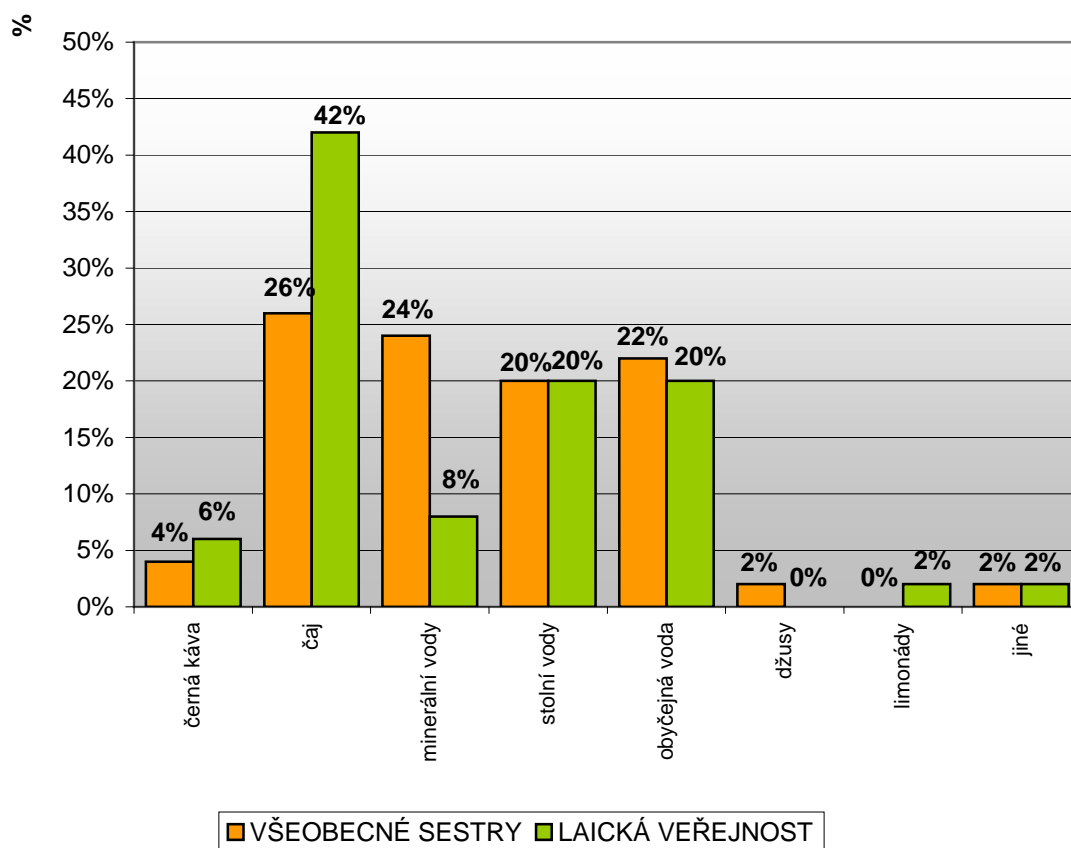
Množství do 1 litru tekutin denně přijímá téměř stejný počet sester a laiků, a to 8 sester (16%) a 7 laiků (14%). 13 sester (26%) a 18 laiků (36%) vypije denně 1 – 1,5 litru tekutin, 22 sester (44%) a 21 laiků (42%) přijímá 1,5 – 2 litry. Denní příjem tekutin více než 2 litry má pouze 7 sester (14%) a 4 laici (8%).

Sdružíme – li opět odpověď a + b (tzn. příjem tekutin méně než 1 litr a 1 – 1,5 litru), což je nevyhovující příjem v rámci pitného režimu, zjistíme, že méně než 1,5 litru tekutin denně přijímá až 42% sester a dokonce polovina laiků, tzn. 50%.

Otázka č. 10: Uved'te, kterou tekutinu konzumujete v průběhu dne nejčastěji:

- a) černá káva
- b) čaj
- c) minerální vody
- d) stolní vody (Dobrá voda, Toma, Aquila)
- e) obyčejná voda
- f) džusy
- g) limonády
- h) jiné (doplňte).....

Graf č. 17: Preference tekutin – dle odbornosti



Komentář:

Z grafu č. 17 vyplývá, jaké tekutiny VS a laici preferují.

U všeobecných sester je nejvíce preferovanou tekutinou čaj, který zvolilo 13 sester (26%). 12 sester (24%) udává minerální vody, 11 sester (22%) obyčejnou vodu, 10 sester (20%) stolní vody a 2 sestry (4%) černou kávu. 1 sestra (2%) upřednostňuje džus, ale také jinou

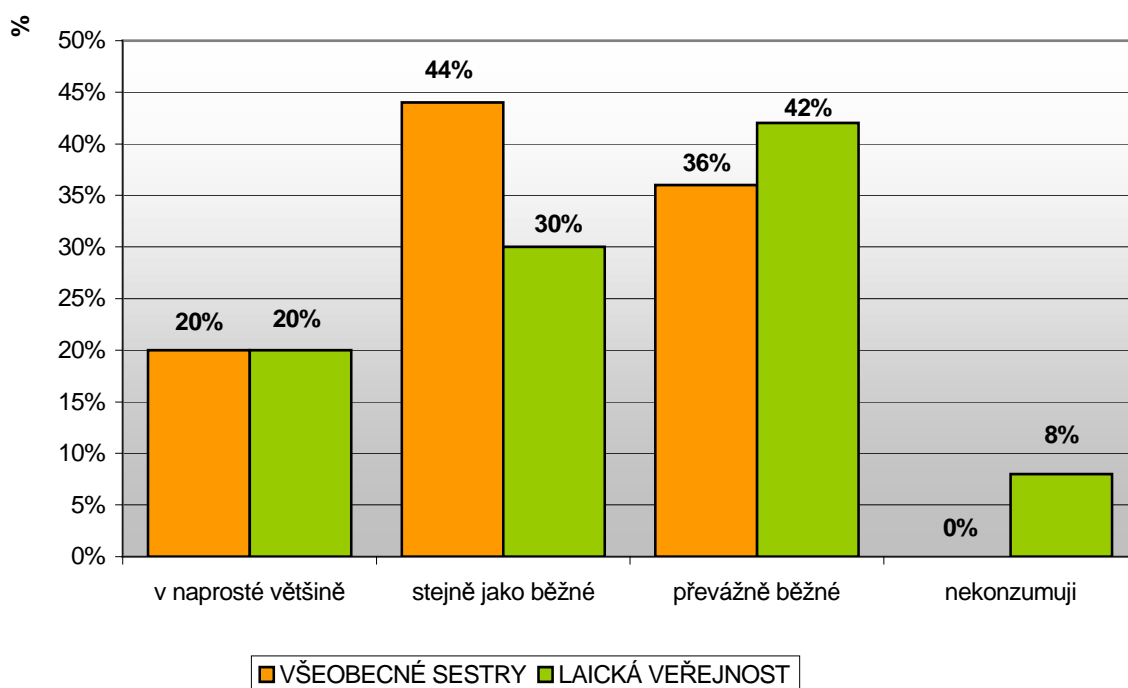
možnost – zde uvedla vodu se šťávou. Žádná sestra (0%) nekonzumuje v průběhu dne nejčastěji limonády.

U laické veřejnosti je rovněž nejvíce oblíbený čaj – tuto tekutinu preferuje 21 laiků (42%). 10 laiků (20%) udává shodně stolní vody a obyčejnou vodu, 4 laici (8%) minerální vodu, 3 laici (6%) černou kávu, 1 laik (2%) limonády a jinou možnost – zde uvedl stejně jako sestra vodu se šťávou. Žádný laik (0%) nepreferuje džus.

Otázka č. 11: Konzumujete celozrnné výrobky? (např. celozrnné těstoviny, rýži natural, celozrnnou mouku)

- a) v naprosté většině
- b) stejným dílem jako běžné výrobky
- c) převážně používám běžné výrobky
- d) celozrnné výrobky nekonzumuji

Graf č. 18: Konzumace celozrnných výrobků – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 18 ukazuje, jestli VS a laici preferují spíše celozrnné nebo běžné výrobky.

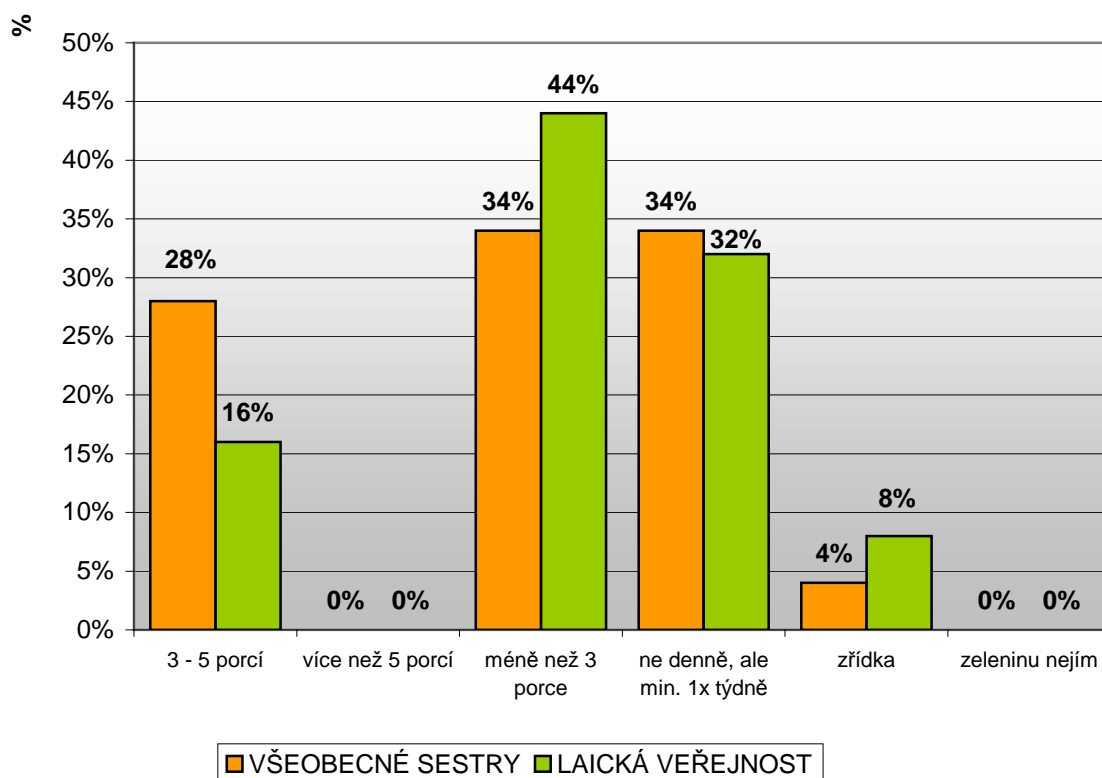
V naprosté většině konzumuje celozrnné výrobky 10 sester (20%) i 10 laiků (20%). 22 sester (44%) a 15 laiků (30%) tyto výrobky konzumuje stejným dílem jako běžné výrobky; 18 (36%) sester a 21 laiků (42%) udává, že používá převážně běžné výrobky. Žádná sestra (0%) neuvedla, že celozrnné výrobky nekonzumuje narozdíl od 4 laiků (8%).

Sdružíme – li odpovědi a + b (tzn. konzumace celozrnných výrobků v naprosté většině a stejným dílem jako běžných výrobků), zjistíme, že přijatelnou konzumaci celozrnných výrobků má téměř 2/3 sester, tzn. 64% sester a polovina laiků, tzn. 50%.

Otázka č. 12: Kolik porcí zeleniny denně sníte? (bez brambor; 1 porce zeleniny = např. miska syrové listové zeleniny, 1 paprika, 1 mrkev, 2 rajčata, půl hrnku vařené nebo strouhané zeleniny)

- a) 3 – 5 porcí denně
- b) více než 5 porcí denně
- c) méně než 3 porce denně
- d) zeleninu nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) zeleninu jím jen zřídka
- f) zeleninu nejím

Graf č. 19: Konzumace zeleniny – dle odbornosti



Komentář:

Z grafu č. 19 vyplývá, jak často a popř. v jakém množství VS a laici konzumují zeleninu.

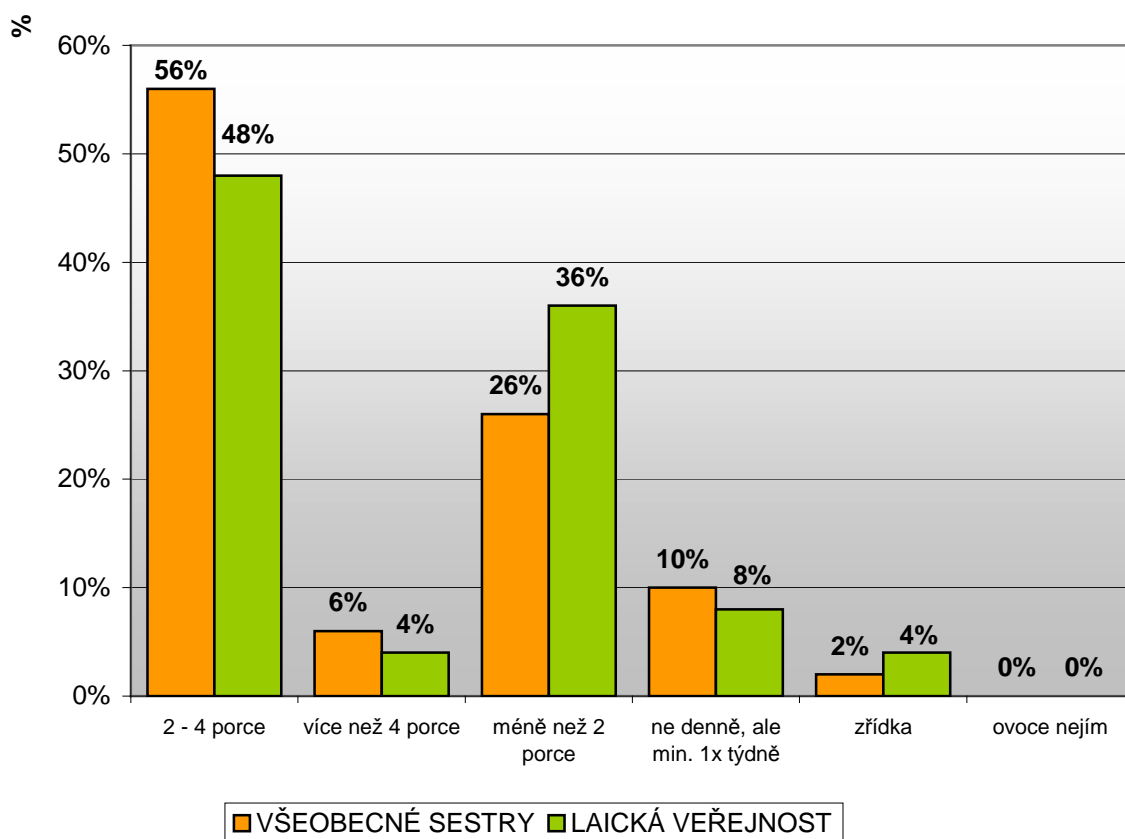
V množství 3 – 5 porcí denně konzumuje zeleninu 14 sester (28%) a 8 laiků (16%), více než 5 porcí denně neuvedla žádná sestra ani laik (0%). V množství méně než 3 porce denně jí zeleninu 17 sester (34%) a 22 laiků (44%). 17 sester (34%) a 16 laiků (32%) nejí zeleninu každý den, ale minimálně 1x týdně a zřídka ji konzumují 2 sestry (4%) a 4 laici (8%). Žádná sestry ani laik (0%) neuvedli, že zeleninu nejí vůbec.

Z tohoto výsledku vyplývá, že denní doporučenou dávku zeleniny, tzn. minimálně 3 porce přijímá pouze 28% sester a 16% laiků.

Otázka č. 13: Kolik porcí syrového ovoce denně sníte? (1 porce = např. 1 banán, 1 středně velké jablko, 1 pomeranč, 200 ml neředěné ovocné šťávy)

- a) 2 – 4 porce denně
- b) více než 4 porce denně
- c) méně než 2 porce denně
- d) ovoce nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) ovoce jím jen zřídka
- f) ovoce nejím

Graf č. 20: Konzumace ovoce – dle odbornosti



Komentář:

Graf č. 20 znázorňuje, jak často a popř. v jakém množství VS a laici konzumují ovoce.

Doporučované množství 2 – 4 porce ovoce denně konzumuje 28 sester (56%) a 24 laiků (48%). Více než 4 porce denně udávají 3 sestry (6%) a 2 laici (4%); 13 sester (26%) a 18 laiků (36%) jí méně než 2 porce denně. Ovoce nejí každý den, ale minimálně 1x týdně

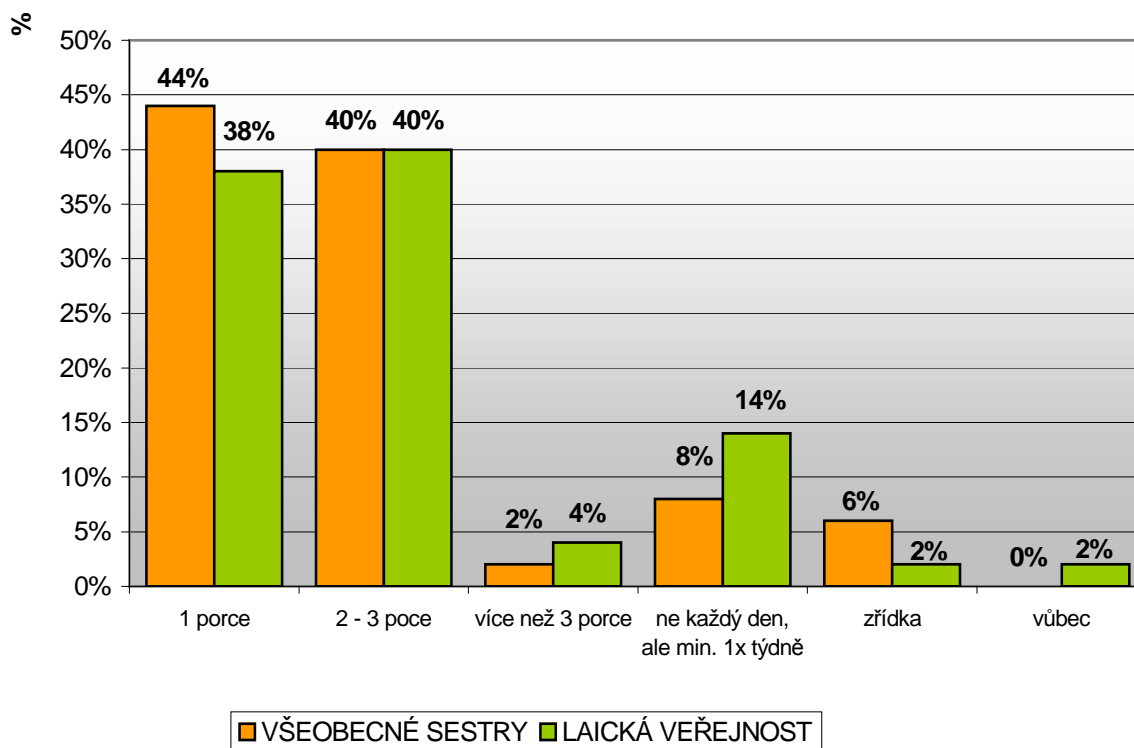
téměř stejný počet sester a laiků, a to 5 sester (10%) a 4 laici (8%). Zřídka konzumuje ovoce 1 sestra (2%) a 2 laici (4%). Žádná sestra ani laik (0%) stejně jako u konzumace zeleniny neuvedli, že ovoce vůbec nejí.

Sdružíme – li opět odpověď a + b (tzn. konzumace v množství 2 – 4 porce denně a více než 4 porce denně) zjistíme, že doporučený příjem ovoce denně – tzn. minimálně 2 porce konzumují téměř 2/3 sester (62%) a více než polovina laiků (52%).

Otázka č. 14: Kolik porcí mléka a mléčných výrobků denně sníte? (1 porce = 1 sklenice mléka - 250 ml, 200 ml jogurtu, 55 g sýra)

- a) 1 porci
- b) 2 – 3 porce
- c) více než 3 porce
- d) mléko a mléčné výrobky nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) mléko a mléčné výrobky jím jen zřídka
- f) vůbec

Graf č. 21: Konzumace mléka a mléčných výrobků – dle odbornosti



Komentář:

Z grafu č. 21 vyplývá, jak často a popř. v jakém množství VS a laici konzumují mléko a mléčné výrobky.

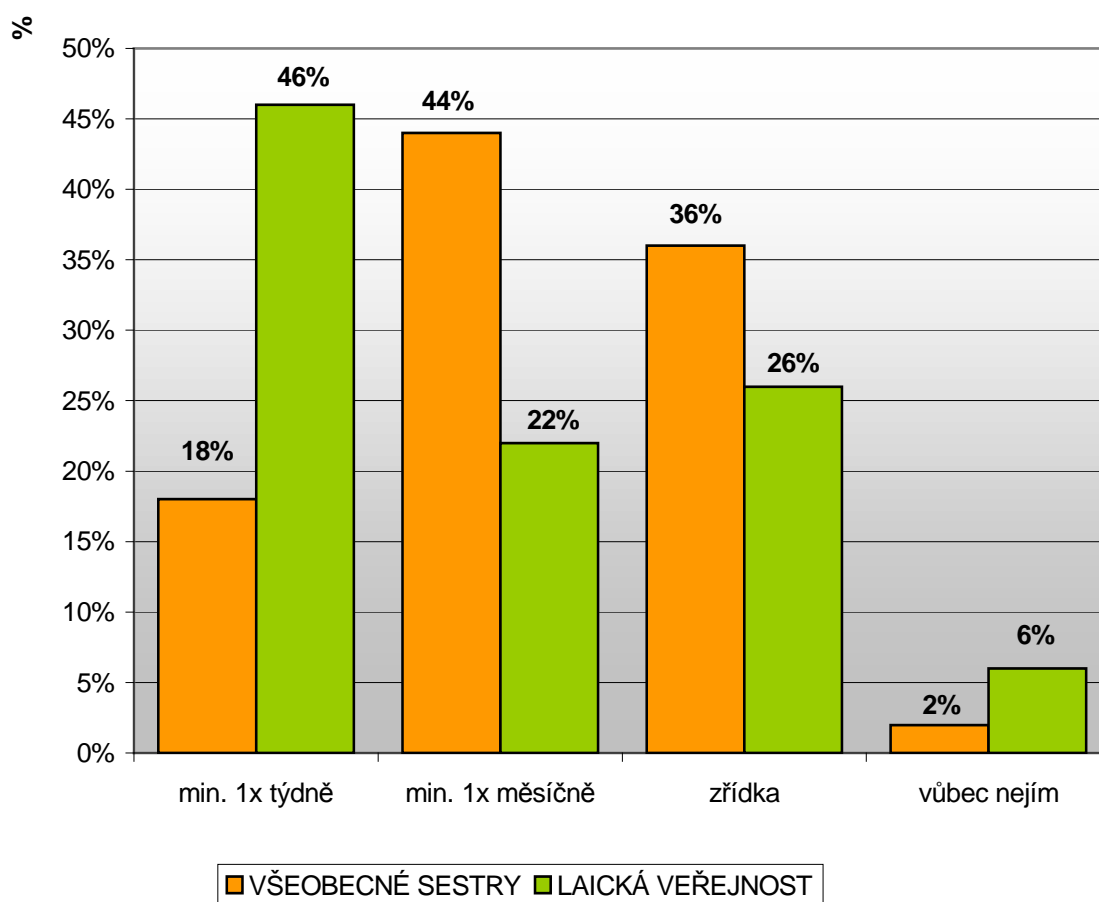
1 porci mléka a mléčných výrobků denně konzumuje poměrně velký počet sester a laiků, a to 22 sester (44%) a 19 laiků (38%). Doporučené 2 – 3 porce denně přijímá 20 sester i laiků (40%), více než 3 porce pouze 1 sestra (2%) a 2 laici (4%). Mléko a mléčné výrobky nekonzumují každý den, ale minimálně 1x týdně 4 sestry (8%) a 7 laiků (14%), zřídka 3 sestry (6%) a 1 laik (2%). Žádná sestra (0%) neuvedla, že mléko a mléčné výrobky nejí vůbec, narozdíl od 1 laika (2%).

Sdružíme – li odpověď b + c (tzn. konzumace v množství 2 – 3 porce denně a více než 3 porce denně), vyplývá, že min. 2 porce mléka a mléčných výrobků denně konzumuje téměř shodný počet, a to 42% sester a 44% laiků. Pokud ale budu chtít zjistit konzumaci mléka a mléčných výrobků alespoň denně (tedy v jakémkoliv množství), vychází už 86% sester a 82% laiků.

Otázka č. 15: Jíte ryby?

- a) jím je minimálně 1x týdně
- b) jím je minimálně 1x měsíčně
- c) jím je zřídka
- d) ryby vůbec nejím

Graf č. 22: Konzumace ryb – dle odbornosti



Komentář:

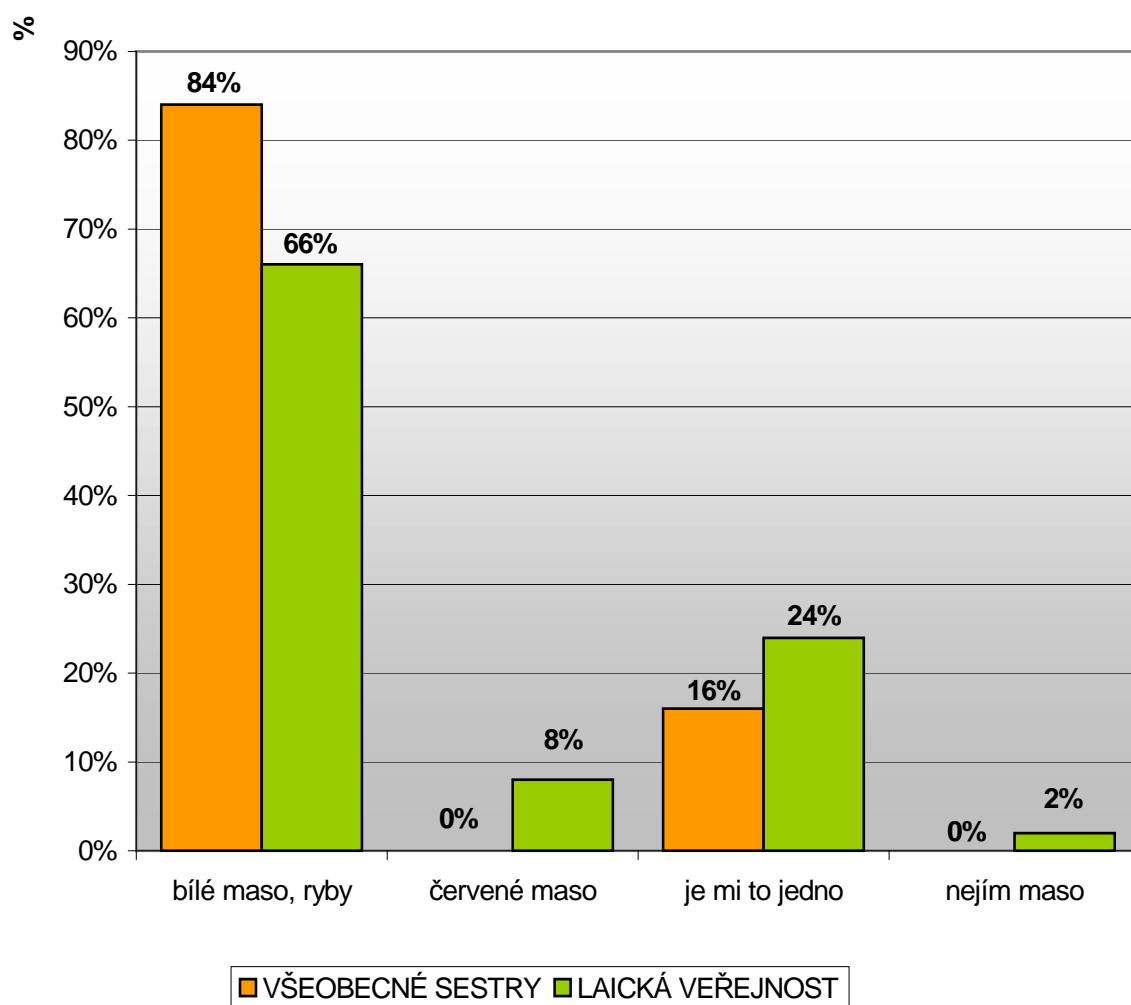
Graf č. 22 ukazuje, jak často VS a laici konzumují ryby.

Minimálně 1x týdně konzumuje ryby pouze 9 sester (18%). Laici jsou na tom mnohem lépe - tuto variantu zvolila téměř polovina, tzn. 23 laiků (46%). 22 sester (44%) a 11 laiků (22%) jí ryby minimálně 1x měsíčně; konzumaci zřídka uvedlo 18 sester (36%) a 13 laiků (26%). Vůbec ryby nekonzumuje 1 sestra (2%) a 3 laici (6%).

Otázka č. 16: Jakému masu dáváte přednost?

- a) bílému masu (drůbež, králík...), rybám
- b) červenému masu (vepřové, hovězí)
- c) je mi to jedno, nepřemýšlím o tom
- d) nejím maso

Graf č. 23: Preference druhu masa – dle odbornosti



Komentář:

Z grafu č. 23 vyplývá, jakému masu dávají VS a laici přednost.

Bílému masu (drůbež, králík...), rybám dává přednost významná většina respondentů, tzn. 42 sester (84%) a 33 laiků (66%). Červené maso (vepřové, hovězí) nepreferuje žádná sestra (0%), narozdíl od 4 laiků (8%). 8 sester (16%) a 12 laiků (24%) uvedlo, že jim to je jedno a nepřemýšlí o tom. Žádná sestra (0%) neuvedla, že maso nekonzumuje oproti 1 laikovi (2%), což byl vegetarián.

Otázka č. 17: Jaké je Vaše oblíbené jídlo?

Tabulka č. 13: Oblíbené jídlo – dle odbornosti

	VŠEOBECNÉ SESTRY		LAICKÁ VEŘEJNOST	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
Zelenina	4	8%	2	4%
Ovoce	1	2%	0	0%
Brambory	3	6%	3	6%
Jogurt	1	2%	0	0%
Sója	0	0%	1	2%
Kuskus	0	0%	1	2%
Bílé maso (kuřecí, krůtí, králík)	15	30%	18	36%
Ryby	1	2%	1	2%
Těstoviny	5	10%	5	10%
Rizoto	1	2%	0	0%
Halušky se zelím	1	2%	0	0%
Nudle s mákem	1	2%	1	2%
Rajská omáčka	1	2%	0	0%
Játra	0	0%	1	2%
Segedínský guláš	0	0%	2	4%
Knedlo – vepřo – zelo	0	0%	1	2%
Svíčková omáčka	5	10%	5	10%
Vepřový řízek	1	2%	3	6%
Smažený sýr	2	4%	0	0%
Bramboráky	0	0%	1	2%
Mám hodně oblíbených jídel	8	16%	5	10%
CELKEM	50	100%	50	100%

Komentář:

Tabulka č. 13 ukazuje přehled nejoblíbenějších jídel VS a laiků.

U 15 sester (30%) je nejoblíbenější bílé maso (kuřecí, krůtí, králík). 8 sester (16%) uvedlo, že má hodně oblíbených jídel, 5 sester (10%) shodně napsalo těstoviny a svíčkovou omáčku, 4 sestry (8%) zeleninu a 3 sestry (6%) brambory. U 2 sester (4%) je jejich nejoblíbenější jídlem smažený sýr, po 1 sestře (2%) uvedlo ovoce, jogurt, ryby, rizoto, halušky se zelím, nudle s mákem, rajskou omáčku a vepřový řízek.

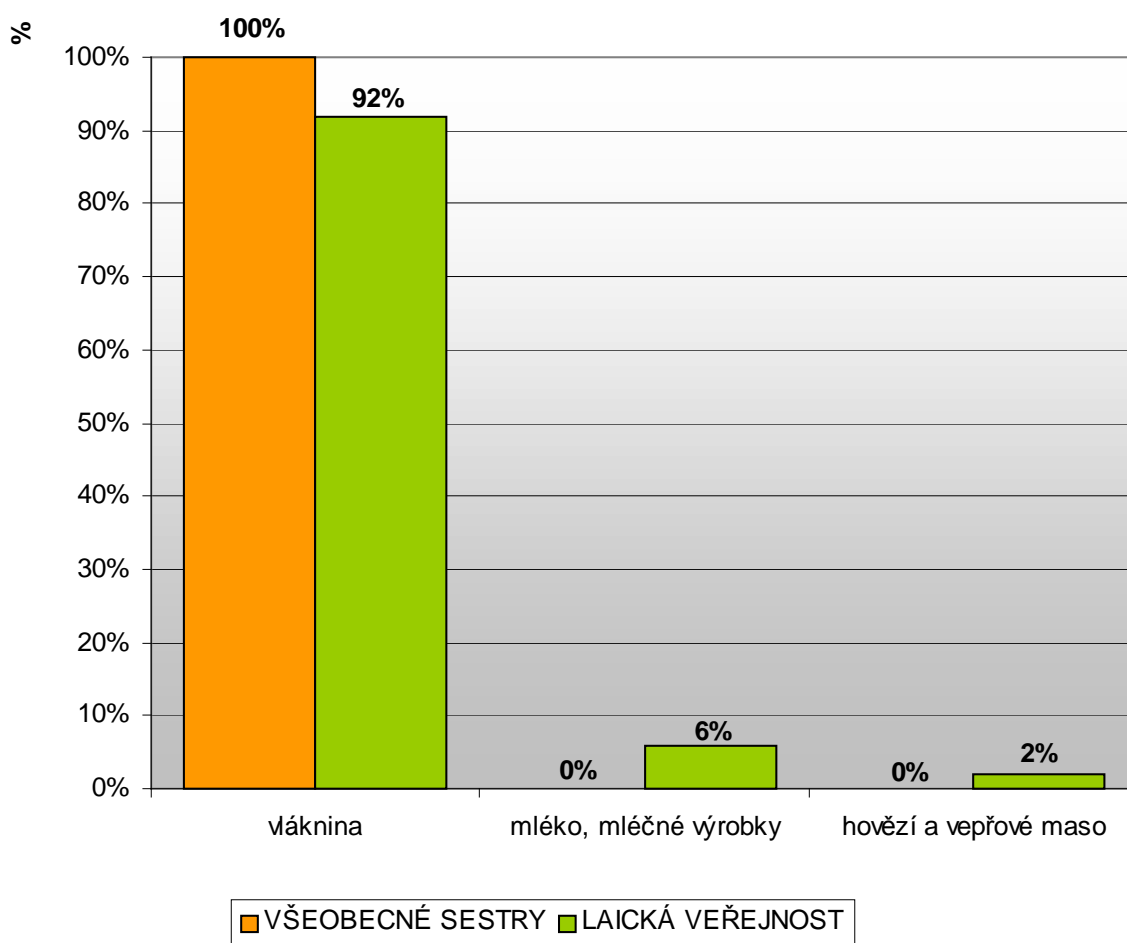
Také laici pokládají za svoje nejoblíbenější jídlo bílé maso, což uvedlo 18 laiků (36%). Po 5 respondentech (10%) uvedlo shodně těstoviny, svíčkovou omáčku a více oblíbených jídel. U 3 laiků (6%) to je shodně vepřový řízek a brambory, u 2 laiků (4%) zelenina a segedínský guláš. Po 1 laikovi (2%) pokládá za svoje nejoblíbenější jídlo sóju, kuskus, ryby, nudle s mákem, játra, knedlo – vepřo – zelo a bramboráky.

5.4 ZNALOSTI O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI

Otázka č. 1: Riziko rakoviny tlustého střeva výrazně snižuje konzumace:

- a) vlákniny
- b) mléka a mléčných výrobků
- c) hovězího a vepřového masa

Graf č. 24: Znalost o tom, co snižuje riziko rakoviny tlustého střeva – dle odbornosti



Komentář:

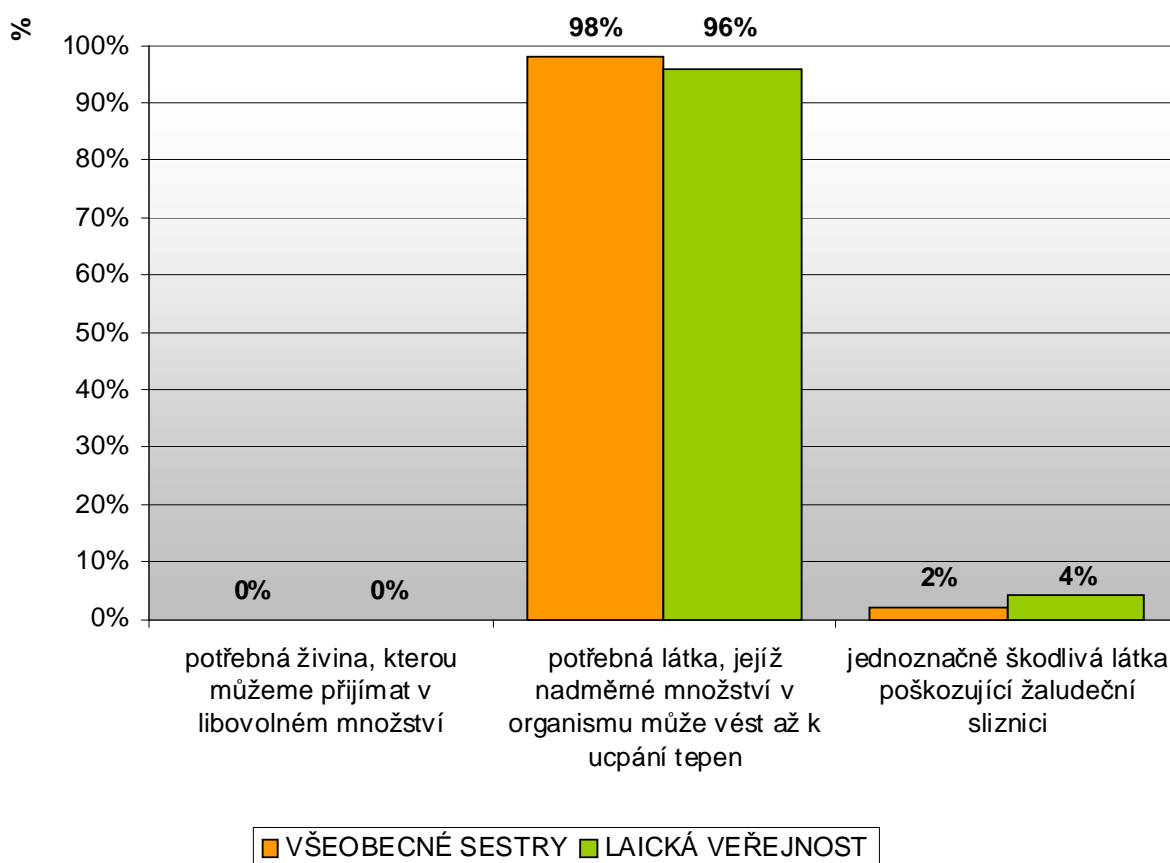
Graf č. 24 znázorňuje, co si VS a laici myslí, že výrazně snižuje riziko rakoviny tlustého střeva.

Všechny sestry, tzn. 50 sester (100%) a 46 laiků (92%) odpovědělo správně, že riziko rakoviny tlustého střeva výrazně snižuje konzumace vlákniny. Žádná sestra (0%) neuvedla mléko a mléčné výrobky, oproti 3 laikům (6%). Rovněž žádná ze sester (0%) neuvádí konzumaci vepřového a hovězího masa, narozdíl od 1 laika (2%).

Otázka č. 2: Cholesterol je:

- a) potřebná živina, kterou můžeme přijímat v libovolném množství
- b) potřebná látka, jejíž nadměrné množství v organismu však může vést až k ucpání tepen
- c) jednoznačně škodlivá látka, poškozující žaludeční sliznici

Graf č. 25: Pojem „cholesterol“ – dle odbornosti



Komentář:

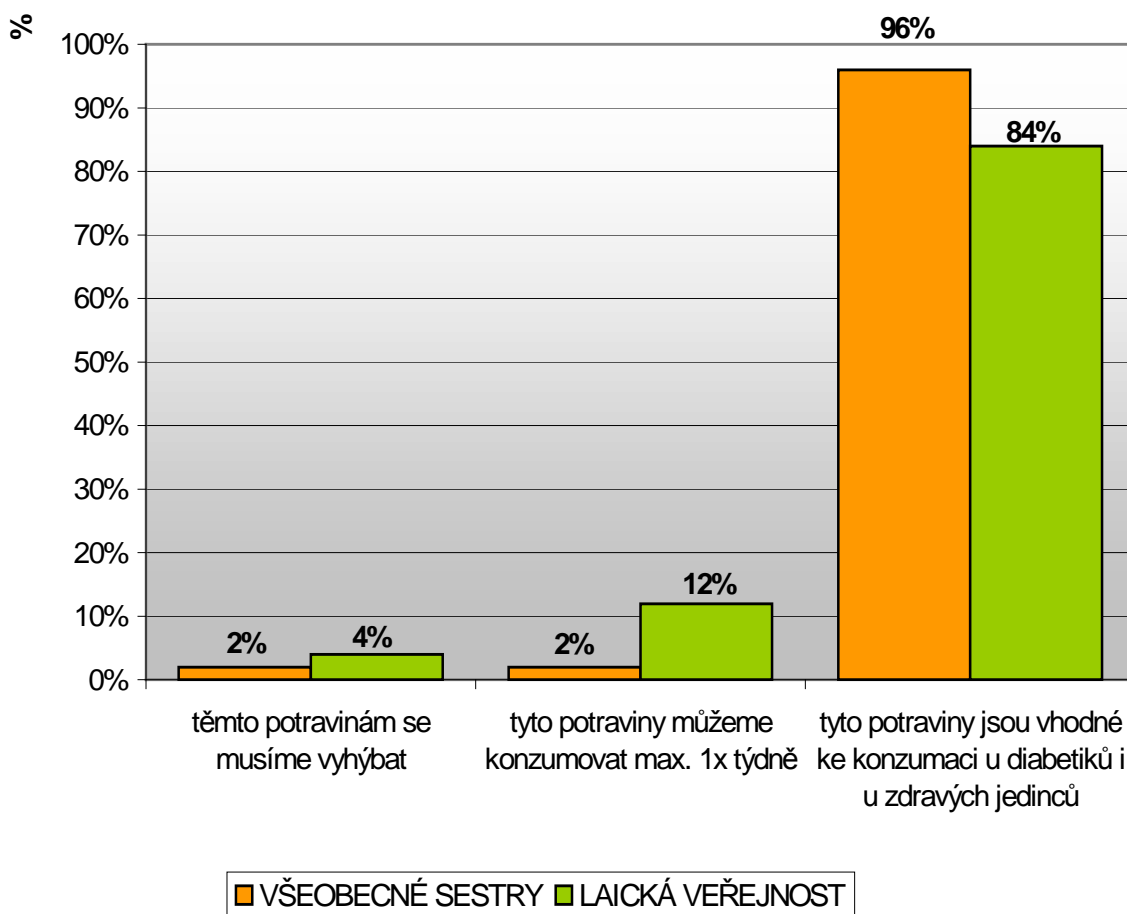
Z grafu č. 25 vyplývá, co si VS a laici představují pod pojmem „cholesterol“

Žádná sestra ani laik (0%) neuvedli, že je cholesterol potřebná živina, kterou můžeme přijímat v libovolném množství. Správně, tzn. že cholesterol je potřebná látka, jejíž nadměrné množství v organismu může vést až k ucpání tepen, odpovědělo 49 sester (98%) a 48 laiků (96%). 1 sestra (2%) a 2 laici (4%) uvedli, že je cholesterol jednoznačně škodlivá látka, poškozující žaludeční sliznici.

Otázka č. 3: Jsou vhodné ke konzumaci potraviny s nízkým glykemickým indexem?

- a) těmto potravinám se musíme vyhýbat
- b) tyto potraviny můžeme konzumovat maximálně 1x týdně
- c) tyto potraviny jsou vhodné ke konzumaci u diabetiků i u zdravých jedinců

Graf č. 26: Znalost o potravinách s nízkým GI – dle odbornosti



Komentář:

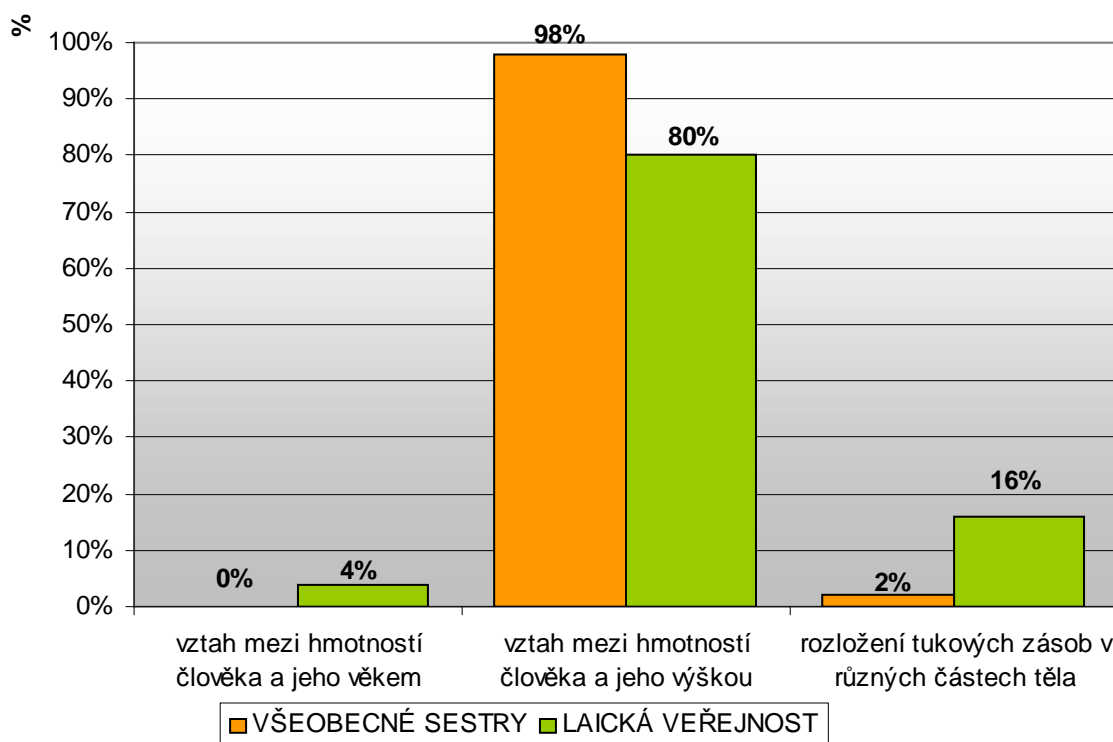
Graf č. 26 ukazuje, zda si VS a laici myslí, že jsou vhodné ke konzumaci potraviny s nízkým glykemickým indexem.

1 sestra (2%) a 2 laici (4%) uvedli, že se potravinám s nízkým glykemickým indexem musíme vyhýbat; 1 sestra (2%) a 6 laiků (12%) odpověděli, že je můžeme konzumovat maximálně 1x týdně. Správnou odpověď, tzn. že jsou tyto potraviny vhodné ke konzumaci u diabetiků i u zdravých jedinců označilo 48 sester (96%) a 42 laiků (84%).

Otázka č. 4: Co si představujete pod pojmem „Body Mass index“ (BMI index)?

- a) vztah mezi hmotností člověka a jeho věkem
- b) vztah mezi hmotností člověka a jeho výškou
- c) rozložení tukových zásob v různých částech těla

Graf č. 27: Pojem „Body mass index“ (BMI) – dle odbornosti



Komentář:

Graf. č. 27 ukazuje, co si VS a laici představují pod pojmem „Body Mass Index“ (BMI).

Žádná sestra (0%) neuvedla, že je „Body Mass Index“ vztah mezi hmotností člověka a jeho věkem. Tuto odpověď však zvolili 2 laici (4%). 49 sester (98%) a 40 laiků (80%) správně odpovědělo, že „BMI“ je vztah mezi hmotností člověka a jeho výškou. 1 sestra (2%) a 8 laiků (16%) si myslí, že je „BMI“ rozložení tukových zásob v různých částech těla. Nutno podotknout, že tato sestra byla ve věkové kategorii 41 – 60 let.

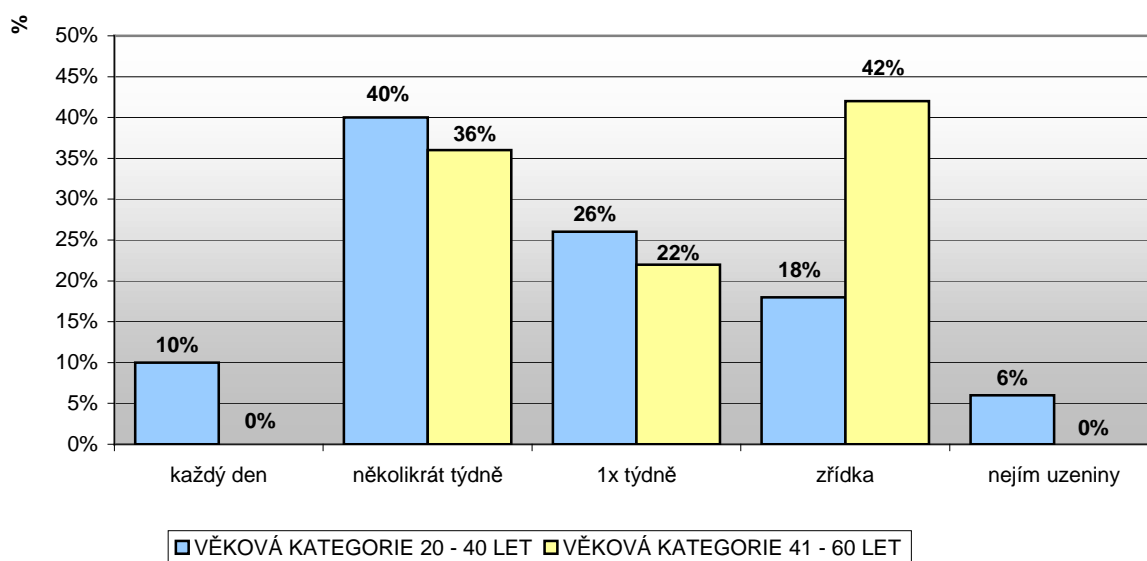
5.5 STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE VĚKU

Mladší populaci (20 – 40 let) tvoří VS i laici, starší populaci (41 – 60 let) rovněž všeobecné sestry i laická veřejnost.

Cíl č. 1: Zjistit rozdíly v konzumaci uzenin u populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let)

(viz otázka č. 3 v části „Stravovací návyky“ – s. 67)

Graf č. 28: Konzumace uzenin – dle věku



Komentář:

Graf č. 28 nám ukazuje, jak často konzumuje uzeniny mladší populace (20 – 40 let) a starší populace (41 – 60 let).

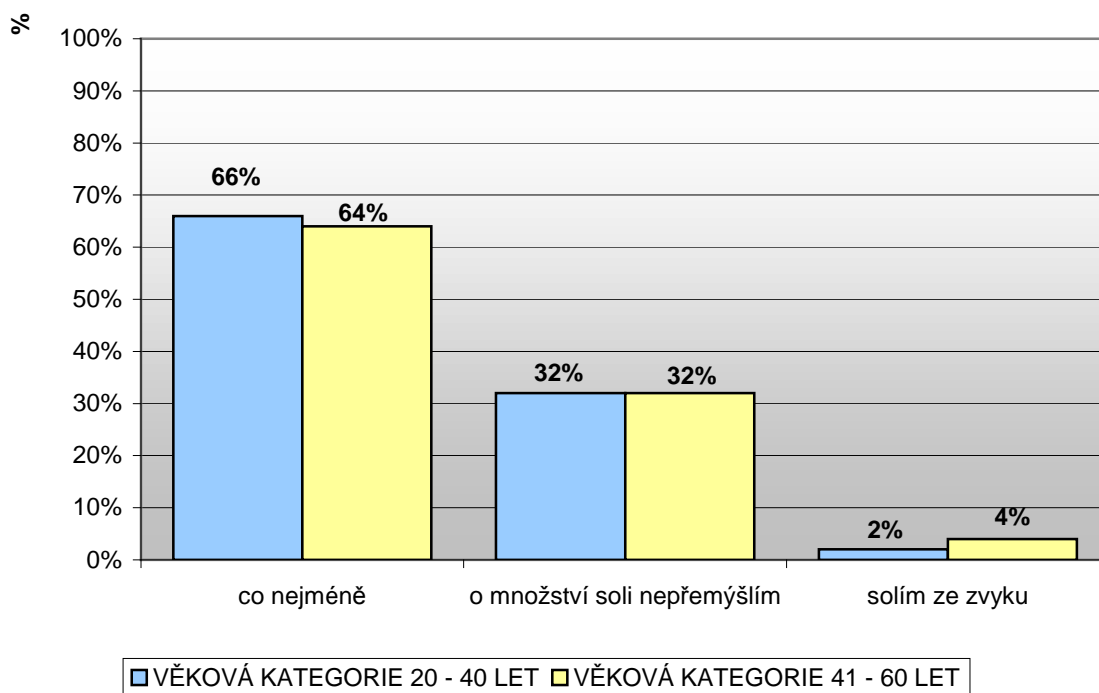
5 respondentů (10%) mladší věkové kategorie konzumuje uzeniny každý den, 20 respondentů (40%) několikrát týdně, 13 respondentů (26%) 1x týdně a 9 respondentů (18%) zřídka. 3 respondenti (6%) mladší populace uvedli, že uzeniny vůbec nekonzumují.

Z věkové kategorie 41 – 60 let neuvedl žádný respondent (0%) denní konzumaci uzenin. Několikrát týdně však uzeniny jí 18 respondentů (36%) a 1x týdně 11 respondentů (22%). Nejčastěji uváděla starší populace konzumaci zřídka, a to 21 respondentů (42%). Žádný respondent (0%) starší populace neuvedl, že uzeniny nejí.

Cíl č. 2: Zjistit rozdíly v množství soli používané při přípravě nebo dochucování jídla u populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let).

(viz otázka č. 4 v části „Stravovací návyky“ – s. 68)

Graf č. 29: Příjem soli – dle věku



Komentář:

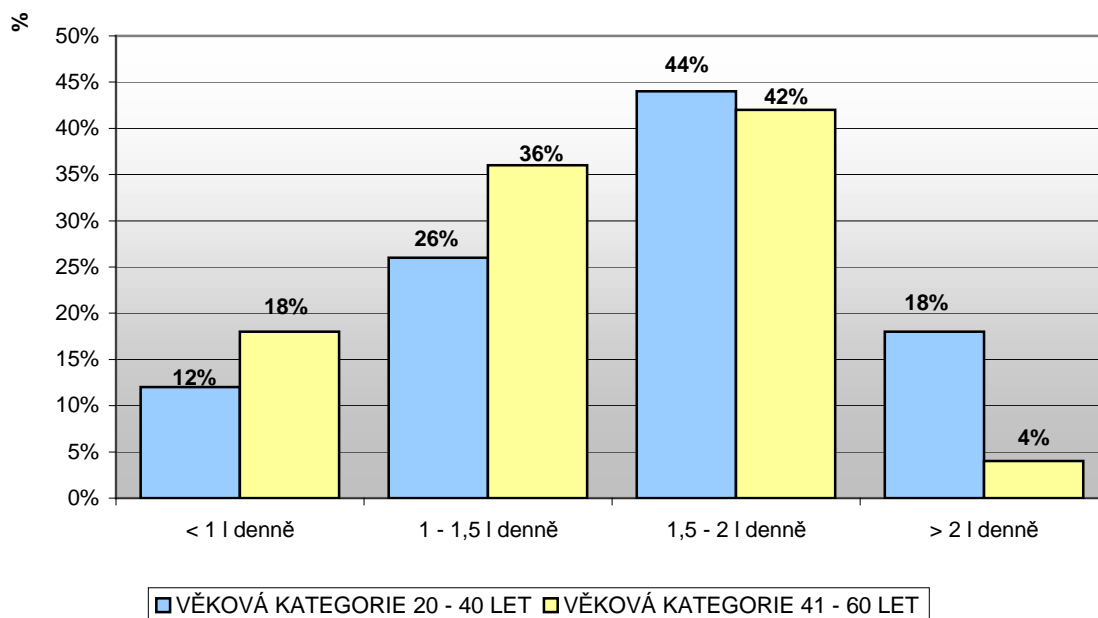
Graf č. 29 znázorňuje používání soli při přípravě nebo dochucování jídel u mladší populace (20 – 40 let) a starší populace (41 – 60 let).

Používání soli je u mladší a starší populace velmi vyrovnané. Co nejméně se snaží solit 33 respondentů (66%) mladší kategorie a 32 respondentů (64%) starší věkové kategorie. Stejný počet respondentů mladšího i staršího věku uvedlo, že o množství soli nepřemýšlí, hlavně, aby jim chutnalo - a to 16 respondentů (32%). 1 respondent (2%) ve věku 20 – 40 let a 2 respondenti (4%) věkové kategorie 41 – 60 let solí ze zvyku.

Cíl č. 3: Porovnat rozdíly v denním příjmu tekutin mezi populací mladší (20 – 40 let) a populací starší (41 – 60 let).

(viz otázka č. 9 v části „Stravovací návyky“ – s. 75)

Graf č. 30: Pitný režim – dle věku



Komentář:

Na grafu č. 30 můžeme vidět, jaké množství tekutin denně přijímá populace mladší (20 – 40 let) a populace starší (41 – 60 let).

V mladší věkové skupině přijímá méně než 1 l tekutin denně 6 respondentů (12%), od 1 l do 1,5 l tekutin 13 respondentů (26%) a 1,5 - 2 l tekutin konzumuje 22 respondentů (44%). Více než 2 l tekutin denně vypije 9 respondentů (18%) .

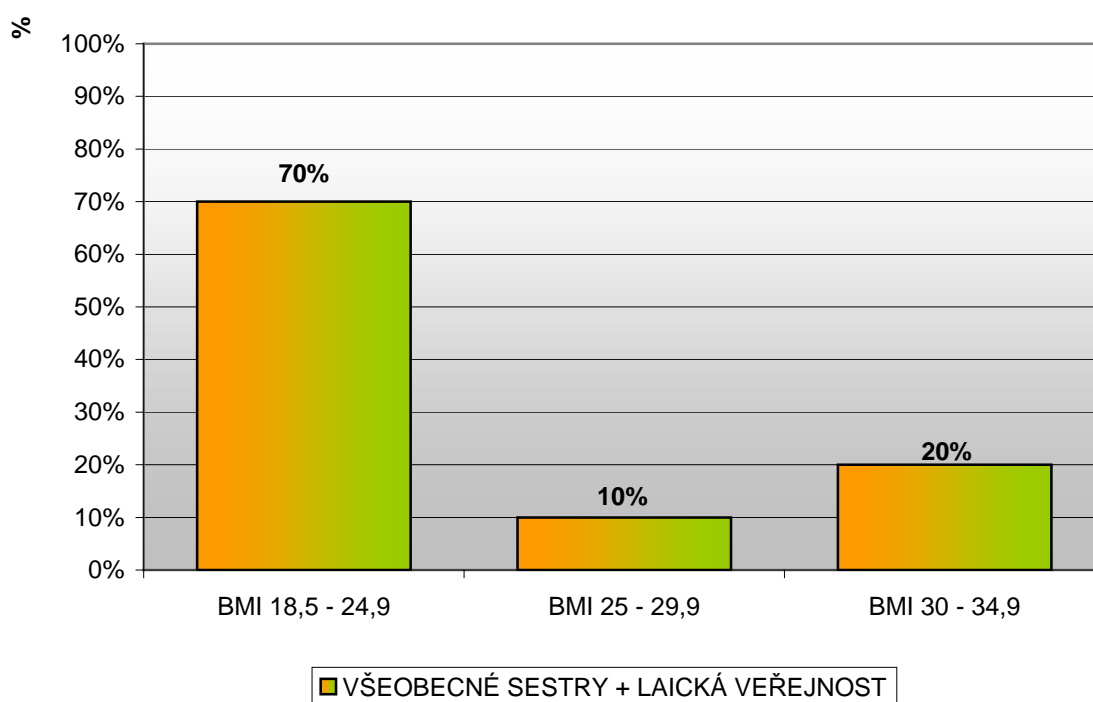
Ze starší populace (41 – 60 let) denně vypije 9 respondentů (18%) méně než 1 l tekutin denně, 18 respondentů (36%) 1 – 1,5 l tekutin a 21 respondentů (42%) 1,5 – 2 l tekutin. Pouze 2 respondenti (4%) starší populace uvedli, že mají denní příjem tekutin větší než 2 l.

5.6 DÍLČÍ CÍLE

Cíl č. 1: Zjistit, jaké mají hodnoty všichni respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují.

(viz otázka č. 6 + 7 v části „Identifikační údaje“ – s. 56 a otázka č. 4 v části „Přístup ke správné výživě“ – s. 60)

Graf č. 31: BMI respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují



Komentář:

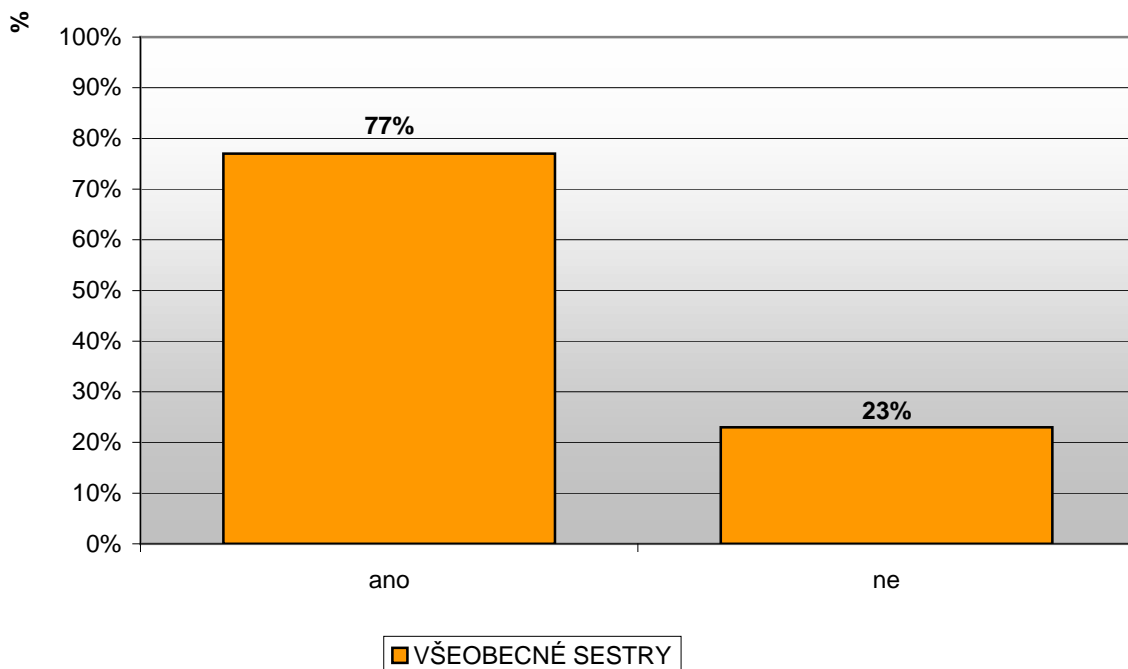
Graf č. 31 ukazuje, v jaké klasifikaci BMI jsou respondenti (všeobecné sestry i laická veřejnost), kteří uvedli, že se správně stravují.

Z 10 respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují se významná většina, a to 7 respondentů (70%) nachází v pásmu normální váhy (BMI 18,5 – 24,9). 2 respondenti (20%) jsou v kategorii obezity I. stupně (BMI 30 – 34,9) a 1 respondent (10%) má nadváhu (BMI 25 – 29,9).

Cíl č. 2: Zjistit, zda si všeobecné sestry pracující ve směnném provozu myslí, že práce na směny ovlivňuje stravovací návyky.

(viz otázka č. 3 v části „Přístup ke správné výživě“ – s. 59)

Graf č.32: Vliv práce ve směnném provozu na stravovací návyky – VS ve směnném provozu



Komentář:

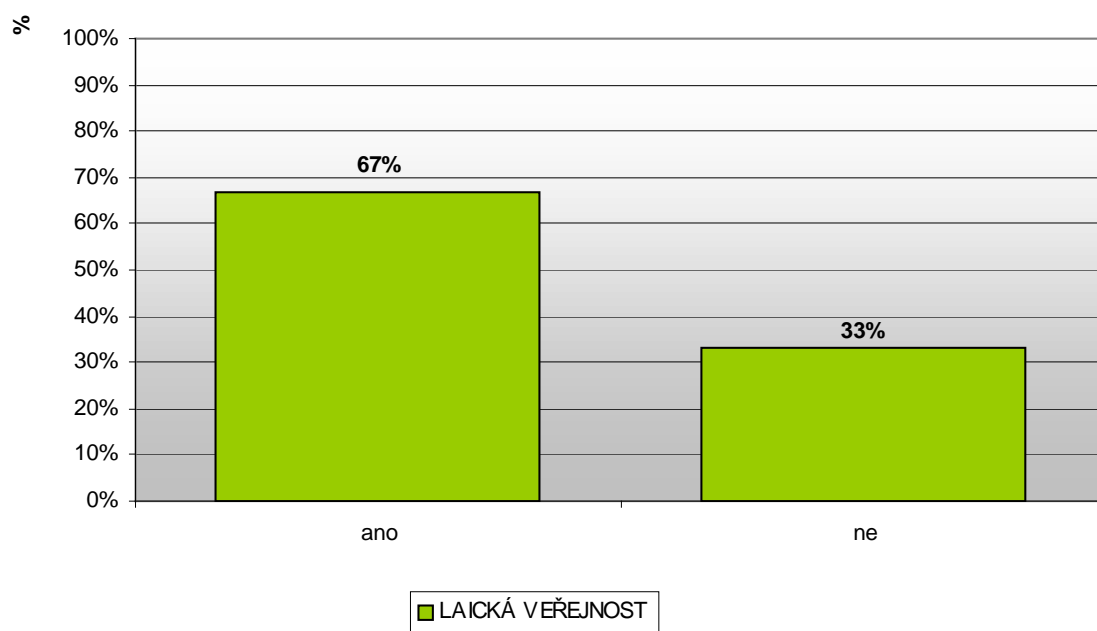
Na grafu č. 32 můžeme vidět, zda si všeobecné sestry pracující ve směnném provozu myslí, že má směnnost vliv na stravovací návyky.

Z 39 VS, které pracují ve směnném provozu si 30 sester (77%) myslí, že práce ve směnném provozu ovlivňuje stravovací návyky a 9 sester (23%) je přesvědčeno o opaku.

Cíl č. 3: Zjistit, zda si laici pracující ve směnném provozu myslí, že směnnost ovlivňuje stravovací návyky.

(viz otázka č. 3 v části „Přístup ke správné výživě“ – s. 59)

Graf č. 33: Vliv práce ve směnném provozu na stravovací návyky - laici ve směnném provozu



Komentář:

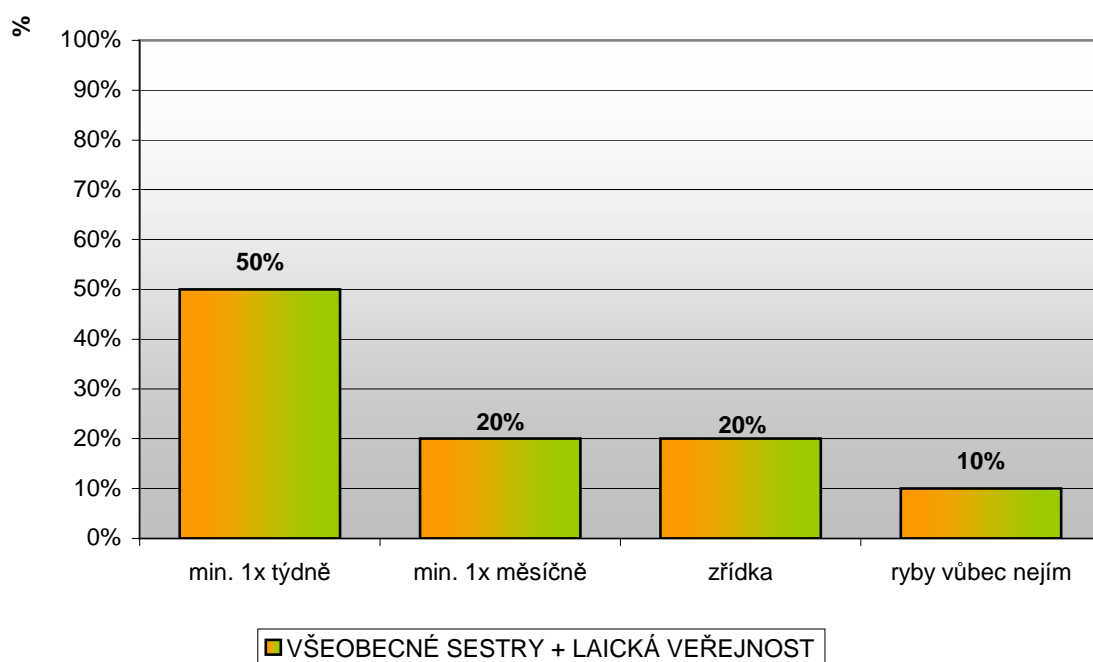
Z grafu č. 33 vyplývá, zda si laici pracující ve směnném provozu myslí, že má směnnost vliv na stravovací návyky.

Z 9 laiků, kteří pracují ve směnném provozu si 2/3, tzn. 6 laiků (67%) myslí, že práce ve směnném provozu ovlivňuje stravovací návyky a 1/3, tzn. 3 laici (33%) se domnívají, že směnný provoz na stravovací návyky nemá vliv.

Cíl č. 4: Zjistit, jak často konzumují ryby všichni respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují.

(viz otázka č. 4 v části „Přístup ke správné výživě“ – s. 60 a otázka č. 15 v části „Stravovací návyky“ – s. 83)

Graf č. 34: Konzumace ryb u respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují



Komentář:

Graf č. 34 znázorňuje, jak často konzumují ryby respondenti (všeobecné sestry i laická veřejnost), kteří uvedli, že se správně stravují.

Z 10 respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují konzumuje ryby 5 respondentů (50%) min. 1x týdně, 2 respondenti (20%) min. 1x měsíčně, 2 respondenti (20%) jí ryby zřídka a 1 respondent (10%) je vůbec nekonzumuje.

6 DISKUSE

Diskusi zaměřuji na porovnání výsledků mého průzkumu s výsledky výzkumu studentek, jejichž bakalářské práce se také zabývaly výživou. Jedná se o bakalářskou práci studentky Martiny Chmelařové s názvem „Stravovací návyky a přístup ke správné výživě obyvatel jihlavského regionu“, obhájenou na LF UK v Hradci Králové v roce 2007. Respondenty tvořil stejný počet mužů a žen ve věkové kategorii 20-60 let. Nezdravotníci byli zastoupeni v 84%, zdravotníci v 16%. Výsledky budu také porovnávat s bakalářskými pracemi studentek Lenky Novotné (obhajoba v r. 2006) a Magdalény Švecové (obhajoba v r. 2007) na LF MU v Brně a s výzkumem „Životní styl a obezita“, který proběhl v ČR v roce 2005. Cílem diskuse není porovnat výsledky průzkumu u všech otázek z dotazníku, ráda bych se ale zde zaměřila na otázky, které považuji za důležité nebo u kterých jsem zjistila zajímavé výsledky.

6.1 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE“

BMI všeobecných sester a laické veřejnosti

Jak jsem již v teoretické části práce uvedla, dle výzkumu „Životní styl a obezita 2005“ asi 52% dospělé populace v ČR se dle hodnot BMI pohybuje nad hranicí normální hmotnosti (35% má nadváhu a 17% spadá do kategorie obezity). V mém výzkumu se tyto hodnoty téměř neliší a ukazuje se, že je nadváha a obezita problémem jak laiků, tak i sester. 32% sester i laiků je v pásmu BMI 25-29,9, tedy nadváhy. V kategorii obezity je v mém průzkumu 6% sester a 16% laiků. Sestry jsou v kategorii obezity pouze I. stupně, zatímco laici mají obezitu I., II. i III. stupně.

6.2 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „PŘÍSTUP KE SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI“

Otázka č. 1: Myslíte si, že jde výživou ovlivnit naše zdraví?

Na naše zdraví má vliv několik faktorů a výživa je nepochybně jedním z nich. V současné době je výživa dávana do souvislosti zejména s výskytem tzv. civilizačních (chronických neinfekčních) chorob. V mém výzkumu se potvrdilo, že si je veřejnost vědoma, že výživou lze ovlivnit naše zdraví. Na tuto otázku odpovědělo kladně 100% sester a 94% laiků.

Podobně dopadl i průzkum Lenky Novotné, v němž odpovědělo kladně 100% sester (tvořily je také pouze ženy) a 96% laické veřejnosti (v zastoupení žen i mužů).

Otázka č. 2: Domníváte se, že lze styl výživy ovlivnit výchovou?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda si respondenti myslí, že jde styl výživy ovlivnit výchovou a jestli je rozdíl jak toto vidí sestry a laici. Já si myslím, že má výchova na způsob výživy velký vliv, a to nejen výchova rodičů, které mají u dětí od malička vytvářet správné stravovací návyky, ale později i výchova ve školkách a školách. U dospělých to pak mohou být různé programy na podporu zdraví, což je také výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu. V mém šetření na tuto otázku významná většina sester i laiků odpověděla kladně (98% sester a 90% laiků).

V průzkumu studentky Novotné odpovědělo kladně překvapivě o něco méně sester než laiků (90% sester a 92% laiků).

Otázka č. 4: Myslíte si, že se správně stravujete?

Na tuto otázku odpovědělo v mém průzkumu kladně nízké procento respondentů – pouze 10% sester a 10% laiků se domnívá, že se správně stravuje. Ve větším zastoupení odpověděli respondenti záporně (26% sester a 16% laiků); nejvíce však uváděli, že se stravují zdravě i nezdravě (tak „napůl“), a to téměř 2/3 sester (64%) a 3/4 laiků (74%). V části „dílčí cíle“ chci dále zjistit, jaké mají hodnoty BMI respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují.

Průzkum studentky Chmelařové ukázal podobné zjištění. O správnosti svého stravování bylo přesvědčeno 14% respondentů, 27% dotazovaných se domnívalo, že se nestravuje správně a rovněž nejvíce respondentů si myslelo, že se stravuje i nestravuje správně – tak „napůl“ (59%).

Otázka č. 5: Máte dostatečné informace o správné výživě?

Znalosti o výživě jsou důležité pro všechny, pro sestry pak v jejich povolání zvláště. V mém šetření se nejvíce sester i laiků domnívá, že jsou o výživě dostatečně informováni (82% sester a 78% laiků). 18% sester a 22% laiků si myslí opak. Pozitivní je, že žádný respondent z řad sester ani laiků neuvedl, že ho informace týkající se výživy nezajímají.

Podobnou otázku pokládala respondentům studentka Novotná, která se dotazovala, zda se zajímají o výživu. 65% sester a 66% laiků uvedlo, že se o výživu zajímá, naopak nezájem projevilo 35% sester a 34% laiků.

Otázka č. 6: Jaký je Váš nejčastější zdroj čerpání poznatků o správné výživě?

Z průzkumu „Životní styl a obezita 2005“ vyplývá, že nejčastěji využívaným zdrojem je televize, dalším zdrojem časopis a oproti studii z roku 2000 a 2001 vzrostl vliv lékaře.

V mém průzkumu se nepotvrdilo, že by respondenti nejčastěji čerpali poznatky z televize. Tento zdroj spolu s rozhlasem uvedli pouze 2% sester a 12% laiků. Nejvíce respondenti čerpají z časopisů (40% sester a 38% laiků). U sester jsou dalšími častými zdroji internet (18%) a odborná literatura (18%), u 10% sester informační letáky/brožury. U laiků pak informační letáky/ brožury (14%) a již zmiňovaná televize/rozhlas (12%), dále internet (10%) a odborná literatura i praktický/odborný lékař, sestry (po 8%). Další zdroje využívají respondenti méně.

Z mého pohledu jsou velmi přínosné informační letáky a brožury. Odborná literatura je totiž pro mnoho laiků příliš složitá, ale v letáčích, které nejsou příliš obsáhlé, najdou potřebné informace. Důležité je, aby byly tyto informační materiály lidem dostupné.

6.3 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „STRAVOVACÍ NÁVYKY“ – DLE ODBORNOSTI

Otázka č. 4: Jaké množství soli používáte při přípravě nebo dochucování jídla?

V mém průzkumu se téměř 2/3 sester i laiků snaží solit co nejméně (66% sester, 64% laiků). Naopak o množství soli nepřemýšlí 34% sester a 30% laiků; 6% laiků solí ze zvyku.

Studentka Chmelařová ve svém průzkumu došla k horším výsledkům, když zjistila, že se snaží solit co nejméně jen 54% respondentů, zatímco 46% respondentů solí dle chuti (také o množství soli nepřemýšlí). Respondenty v jejím průzkumu však tvořili ženy i muži. Myslím si, že se muži staví ke zdraví méně zodpovědně než ženy, o solení nevyjímaje, což mohlo rozdíl mezi těmito průzkumy ovlivnit.

Otázka č. 5: Jak často si dopřáváte sladkosti?

V mém průzkumu konzumuje sladkosti každý den (tzn. několikrát denně nebo 1x denně) 36% sester a 32% laiků.

K téměř stejnému výsledku dospěla studentka Chmelařová, která zjistila, že sladkosti má ve svém jídelníčku každý den 37% žen. Ukazuje se tedy, že se konzumace sladkostí nezměnila.

Otázka č. 9: Jaký je Váš denní příjem tekutin?

Dodržování pitného režimu je problémem mnoha lidí. Dle mého šetření má dostatečný příjem tekutin (tzn. minimálně 1,5 litru) 58% sester a 50% laiků. 42% sester a 50% laiků za den vypije méně než 1,5 litru tekutin.

Hůře na tom byli respondenti studentky Chmelařové, která zjistila, že více než 1,5 litru tekutin denně vypije pouze 36% žen, a 64% žen má nedostatečný denní příjem tekutin (tzn. méně než 1,5 litru).

Otázka č. 10: Uved'te, kterou tekutinu konzumujete v průběhu dne nejčastěji:

Dle výzkumu „Životní styl a obezita 2005“ došlo oproti předchozí studii (rok 2000 – 2001) k poklesu ve frekvenci konzumace slazených minerálek, moštů a limonád a mezi nejčastěji konzumované nápoje patří voda, sodovka a neslazené minerálky.

Já jsem nezkoumala, zda respondenti preferují slazené či neslazené minerálky, mohu ale potvrdit, že preference sladkých limonád a džusů je velmi nízká - limonádám dává přednost v mém výzkumu pouze 2% laiků a džusům 2% sester. U sester i laiků je nejvíce preferován čaj (což může být ovlivněno výzkumem prováděným v zimním období, kdy je čaj konzumován více než v létě), oblíbené jsou u obou skupin také stolní vody, minerální vody a obyčejná voda. Tyto 4 předchozí nápoje preferuje dohromady celkem 92% sester a 90% laiků. Dále už jsou jen zmíněné džusy, limonády, voda se šťávou (jiná možnost) a černá káva.

Otázka č. 12: Kolik porcí zeleniny denně sníte?

Z mého šetření vyplývá, že zeleninu v doporučeném množství dle pyramidy MZ ČR 2006 (tzn. min. 3 porce denně) konzumuje necelá třetina sester i laiků, tzn. 28% sester a 16% laiků.

Respondenti udávali konzumaci spíše v množství menším než 3 porce denně nebo ne každý den, ale minimálně jednou týdně. Pokud ale budu chtít zjistit konzumaci zeleniny denně (tzn. v jakémkoliv množství), vychází už podstatně lepší výsledek, a to 62% sester a 60% laiků. Je možné, že by respondenti udávali vyšší konzumaci zeleniny, pokud by výzkum probíhal v letním období. Znáám několik lidí, kteří přes zimu kupovanou zeleninu příliš nekonzumují, ale čekají na zeleninu z vlastní zahrádky.

Výzkum studentky Chmelařové z roku 2007 také potvrzuje nižší konzumaci zeleniny. Ze 170 žen jí pouze 12% žen zeleninu v množství 3 porce denně a více, 88% žen má ve svém jídelníčku nedostatek zeleniny (tzn. méně než 3 porce denně, konzumace ne každý den, zřídka nebo vůbec).

Otázka č. 13: Kolik porcí ovoce denně sníte?

Mnohem lépe dopadl výzkum konzumace ovoce. Zjistila jsem, že doporučené množství, tedy min. 2 porce denně jí 62% sester a 52% laiků. Denně ho konzumuje 88% sester i 88% laiků.

Studentka Chmelařová ve svém výzkumu zjistila u žen podstatně nižší konzumaci ovoce. V množství min. 2 porce denně konzumovalo ovoce pouze 25% žen.

Otázka č. 16: Jakému masu dáváte přednost?

Výzkum „Životní styl a obezita“ v roce 2005 uvádí, že lidé častěji než v předchozí studii do jídelníčku zařazují libové maso a drůbež.

Já mohu potvrdit, že se v mém výzkumu stalo naprosto preferované tzv. bílé maso (drůbež, králík) nebo ryby, což uvedlo 84% sester a 66% laiků. Některé sestry a laici sice uváděli, že jim to je jedno a nepřemýšlí o tom, pozitivní ale určitě je, že vepřovému a hovězímu masu nedává přednost žádná sestra a pouze nízké procento laiků (8%).

6.4 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „ZNALOSTI O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ – DLE ODBORNOSTI“

Myslím si, že znalosti o výživě mají sestry, ale i laici dobré, horší asi je se zásadami zdravé výživy řídit. Na otázku, co výrazně snižuje riziko rakoviny tlustého střeva, odpověděli

správně všechny sestry a významná většina laiků (92%). Někteří laici (6%) sice uvedli, že riziko snižuje mléko a mléčné výrobky, to si ovšem mohli dát do souvislosti např. s müsli v jogurtech. Odpověď hovězí a vepřové maso je samozřejmě jednoznačně špatná - tuto odpověď uvedl pouze 1 laik (2%). Porovnám – li tuto otázku s výzkumem studentky Švecové, která zkoumala znalosti o výživě u sester a laické veřejnosti (obě skupiny tvořily pouze ženy), tak správně v její studii odpověděl menší počet sester i laiků (92% sester a 85% laiků).

Pojem „cholesterol“ je respondentům celkem znám. Chybovala pouze 1 sestra (2%) a 2 laici (4%), kteří uvedli, že je cholesterol jednoznačně škodlivá látka, poškozující žaludeční sliznici.

V otázce, zda jsou vhodné ke konzumaci potraviny s nízkým glykemickým indexem, chybovala hlavně laická veřejnost, z čehož usuzuji, že pojem „GI“ ještě není lidem příliš znám. Správně sice odpověděla významná většina VS i laiků, někteří laici (12%) a sestry (2%) však uvedli, že můžeme tyto potraviny konzumovat max. 1x týdně nebo že se jim musíme vyhýbat (2% sester a 4% laiků).

V poslední otázce, jsem se dotazovala, co je „Body Mass Index“. V této otázce jsem předpokládala, že odpoví správně všechny sestry, protože BMI se běžně stanovuje v rámci ošetřovatelské anamnézy nebo nutričního screeningu. 1 sestra (2%) však odpověděla, že je to rozložení tukových zásob v těle. Tuto odpověď uvedlo také 16% laiků, a 4% laické veřejnosti si myslí, že je to vztah mezi hmotností člověka a jeho věkem. Tyto výsledky jsou se studií studentky Švecové podobné. Správně v jejím šetření odpovědělo 94% sester a 85% laiků (místo odpovědi rozložení tukových zásob v těle však měla odpověď index nasycení krve kyslíkem, což někteří laici také uvedli).

6.5 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „STRAVOVACÍ NÁVYKY – DLE VĚKU“

Porovnám – li konzumaci uzenin u populace mladší (20 – 40 let) a starší (41 – 60 let), tak mladší věková kategorie jí uzeniny častěji. Konzumaci denně nebo několikrát týdně uvedla polovina, tzn. 50% mladší populace oproti 36% starší populace.

Studentka Chmelařová zjistila, že velmi často (tzn. denně nebo několikrát týdně) konzumuje uzeniny 58% respondentů věkové kategorie 20 – 40 let a 59% respondentů ve věku 41 – 60 let. Respondenty však tvořili ženy i muži.

U mladší a starší populace mě zajímalo také solení. Tak jako byl problém neuváženého solení u sester a laiků, tak i téměř 1/3 mladší a 1/3 starší populace solí podle chuti nebo ze zvyku.

Správný pitný režim je „kamenem úrazu“ mnoha lidí. Jak se u sester a laiků ukázalo, není problémem co respondenti pijí (jelikož preferovali hlavně vody, čaje minerálky), ale spíše množství přijatých tekutin. Zajímalo mě, jestli bude rozdíl v pitném režimu u mladší a starší věkové kategorie respondentů. Zjistila jsem, že už ve věkové skupině 40 – 60 letých je nižší denní příjem tekutin. Zatímco min. 1,5 l tekutin denně přijímají téměř 2/3 mladší populace, tak u starší populace to není ani polovina (46%).

Studentka Chmelařová došla ve svém šetření k podobnému výsledku, když zjistila, že 61% mladších respondentů (ženy i muži ve věku 20 – 40 let) přijímá optimální množství tekutin a naopak starší respondenti mají spíše nedostatky v pitném režimu (pouze 38% respondentů ve věku 41 – 60 let denně vypije více než 1,5 l tekutin. Při porovnání příjmu tekutin mezi ženami a muži došla k závěru, že více než 1, 5 litru tekutin vypije denně pouze 36% žen ve věkové kategorii 20 – 60 let oproti 64% mužů stejného věku. Problém nedostatečného příjmu tekutin je tedy hlavně u žen a ve starším věku.

6.6 DISKUSE K ČÁSTI VÝZKUMU „DÍLČÍ CÍLE“

Přesto, že si 10 ze 100 respondentů myslí, že je jejich výživa správná, tak např. ryby min. 1x týdně konzumuje pouze polovina těchto respondentů. Je možné, že se tyto respondenti jinak stravují dobře, častá konzumace ryb však do správné výživy bezpochyby patří. Znáám však hned několik lidí, kteří si dají rybu např. jen o vánocích.

I když většina (70%) respondentů, kteří uvedli správné stravování je v pásmu normální váhy, někteří mají nadváhu nebo obezitu I. stupně. Je možné, že hmotnost nad normálem u nich může být způsobena jinou příčinou než je nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie, nebo jen těmto respondentům chybí náhled.

V otázce, zda má práce ve směnném provozu vliv na stravovací návyky jsem tento názor zjišťovala zvlášť u sester a u laiků, kteří pracují ve směnách. Více než 2/3 sester (77%) a laiků (67%) si myslí, že směnnost ovlivňuje stravovací návyky. Já si myslím, že směnný provoz může mít vliv na pravidelnost stravy, kdy např. sestry jí o noční službě, následující den pak spí a nají se až odpoledne apod. Co se ale týče výmluv na zaneprázdněnost, tak pracovně vytížené jsou sestry pracující na směny i v jednosměnném provozu, zrovna tak mohou být

vytížení i laici. Znáám sestry, které si připraví do práce misku se zeleninou a chodí na obědy, ale i ty, kterým „postačí“ sekaná z nemocniční kantýny. Myslím si, že je to hlavně o tom, zda se člověk chce zdravě stravovat a zda si najde způsob, jak toho docílit.

ZÁVĚR

Záměrem teoretické části bakalářské práce bylo zdůraznit význam výživy a faktory, které mohou ovlivnit vytváření stravovacích návyků. V práci jsem se také snažila poukázat na některá specifika výživy v průběhu života a seznámit s výživovými doporučeními, formou obecných výživových tvrzení i potravinových pyramid. Práce v neposlední řadě upozorňuje na častá onemocnění, která lze ovlivnit výživou, na programy zdraví a úlohu všeobecné sestry v primární prevenci nemocí i při sběru informací u pacienta v oblasti výživy a metabolismu.

Těžištěm empirické části je zjistit rozdíly v přístupu ke správné výživě, stravovacích návycích a znalostech o správné výživě mezi všeobecnými sestrami a laickou veřejností. Vzorek tvořily pouze ženy, celkem 50 všeobecných sester a 50 laické veřejnosti, z nichž v každé skupině bylo 25 respondentů ve věku 20 – 40 let a 25 respondentů ve věkové kategorii 41 – 60 let. Výzkum probíhal formou anonymního dotazníku, rozděleného na 4 části, který byl rozdán sestrám v nemocnici Opočno a Oblastní nemocnici Náchod, a.s. Laiky tvořili obyvatelé obce Pohoří (u Dobrušky), dále pacientky a zaměstnanci – nezdravotníci chirurgického lůžkového oddělení nemocnice Opočno (Oblastní nemocnice Náchod, a.s.)

Empirická část práce je rozdělena na 6 částí. V první části rozebírám identifikační údaje, kde je především důležitá váha a výška respondentů, na základě čehož jsem vypočítala BMI respondentů. Druhá část práce zkoumá rozdíly v přístupu ke správné výživě mezi všeobecnými sestrami a laickou veřejností a třetí část rozdíly ve stravovacích návycích mezi VS a laiky. Čtvrtá část práce zjišťuje znalosti o správné výživě u VS a laické veřejnosti a pátá část některé problémy u mladší populace (20 – 40 let) a starší populace (41 – 60 let). V šesté části jsem si stanovila dílčí cíle, kde např. zjišťuji, jaké hodnoty BMI mají ti respondenti, kteří uvedli, že se správně stravují aj.

1. část výzkumu: Identifikační údaje

Zjistila jsem, že nad hranicí normální hmotnosti (BMI 25 a více) se pohybuje 38% VS a 48% laiků.

2. část výzkumu: Přístup ke správné výživě – dle odbornosti

Pozitivním zjištěním je, že si významná většina VS i laiků myslí, že zdraví lze ovlivnit výživou a styl výživy výchovou. Více než $\frac{3}{4}$ sester i laiků udává, že jsou dostatečně informováni o výživě a také si uvědomují, že nejčastější příčinou obezity je nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Negativním zjištěním je, že pouze 10% sester i 10% laiků udává, že se správně stravuje – většinou si myslí že se stravují zdravě i nezdravě, „tak napůl“. Sestry i laici nejčastěji získávají informace o výživě z časopisů a novin.

3. část výzkumu: Stravovací návyky – dle odbornosti

Pozitivním zjištěním je, že respondenti konzumují potraviny tzv. rychlého občerstvení nejčastěji zřídka. Sestry i laici se většinou přejídají jen příležitostně a jí nejčastěji v situacích, aby utišili hlad. Nejvíce preferovanými tekutinami jsou čaj, minerální, stolní vody a obyčejná voda. Z masa VS i laici ve významné většině preferují bílé maso (drůbež, králík) či ryby.

Negativním zjištěním je, že až polovina sester často konzumuje uzeniny (tzn. každý den nebo několikrát týdně). Třetina sester i laiků o množství soli nepřemýšlí – hlavně, aby jim chutnalo nebo solí ze zvyku. Více než třetina sester a téměř třetina laiků si dopřává sladkosti každý den. Nedostatky mají sestry i laici v pitném režimu – až 42% sester a polovina laiků denně vypije méně než 1, 5 l tekutin. Nedostatky v konzumaci ryb jsou zvláště u sester, kdy pouze 18% sester jí ryby min. 1x týdně.

Konzumaci celozrnných výrobků preferují spíše sestry. I když většina VS i laické veřejnosti nekonzumuje zeleninu v doporučeném množství porcí dle pyramidy výživy MZ ČR, téměř 2/3 sester i laiků má zeleninu ve svém jídelníčku alespoň každý den. Ovoce je oproti zelenině více oblíbené, a to jak u sester, tak i u laiků. Co se týče konzumace mléka a mléčných výrobků, tak ani polovina sester a laiků nemá dostatečný denní příjem (tzn. min. 2 porce), významná většina sester a laiků však konzumuje mléko a mléčné výrobky denně. Doplnky stravy konzumují spíše laici, kteří oproti sestrám častěji uvádějí pravidelnou konzumaci a méně uvádějí, že doplňky nikdy nekonzumují.

4. část výzkumu: Znalosti o správné výživě – dle odbornosti

Celkově mají VS i laici o výživě dobré znalosti. Sestry ojediněle chybovaly v otázkách co je cholesterol, BMI index a zda jsou ke konzumaci vhodné potraviny s nízkým GI. Laické

veřejnosti je nejméně známý pojem BMI index a zda jsou vhodné ke konzumaci potravin s nízkým GI.

5. část výzkumu: Stravovací návyky – dle věku

Uzeniny konzumují častěji respondenti mladší věkové skupiny. Co se týče používání soli při přípravě a dochucování jídel, tak neuváženě solí více než třetina mladších (20 – 40 let), ale i starších (41 – 60 let) respondentů. Dostatečný příjem tekutin se jeví problematický zvláště u starší věkové kategorie, kdy více než polovina respondentů ve věku 41 – 60 let vypije méně než 1, 5 l tekutin denně.

6. část výzkumu: Dílčí cíle

Přesto, že někteří respondenti uvedli, že se správně stravují, tak někteří z nich konzumují ryby max. 1x měsíčně, zřídka nebo vůbec. Rovněž někteří respondenti, kteří uvedli správné stravování nemají BMI v pásmu normální váhy.

Více než 2/3 sester a 2/3 laiků, kteří pracují ve směnném provozu se domnívají, že práce na směny ovlivňuje stravovací návyky.

Cíle práce, které jsem stanovila byly splněny. Zároveň si ale uvědomuji, že závěry nelze zobecňovat z důvodu malého počtu respondentů.

Co se týče cíle uskutečnění výukového semináře pro sestry, tak v rámci seminářů, které máme na pracovišti každé dva měsíce (připravuje ho a vede vždy jedna sestra na vybrané téma) bych ráda zpracovala edukační leták pro sestry o zdravé výživě a následně vedla na toto téma diskusi. Zaměřila bych se na problém stravovacích návyků a pitného režimu u sester.

ANOTACE

Autor:	Simona Kubalová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Výživa a stravovací návyky všeobecných sester a laické veřejnosti
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková
Počet stran:	129
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2009
Klíčová slova:	složky výživy, stravovací návyky, správná výživa, výživa v průběhu života, alternativní výživové směry, výživová doporučení, vztah výživy k nemoci, programy zdraví, úloha všeobecné sestry

Bakalářská práce pojednává o výživě, která může významným způsobem ovlivnit naše zdraví. Teoretická část práce poukazuje na faktory, které mohou ovlivnit vytváření stravovacích návyků, a na specifika výživy v průběhu života. Upozorňuje také na častá onemocnění, která lze ovlivnit výživou a seznamuje s výživovými doporučeními, formou obecných výživových tvrzení i potravinových pyramid.

Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření, které porovnává přístup ke správné výživě, stravovací návyky a znalosti všeobecných sester a laické veřejnosti. Zabývá se také některými problémy u mladší populace (20 – 40 let) a starší populace (41 – 60 let). Zkoumaný vzorek tvoří pouze ženy ve věkové kategorii 20 – 60 let.

The aim of the bachelor thesis deals with nutrition, which may significantly affect our health. The theoretical part highlights the factors that may affect establishment of dietary habits and the specificities of nutrition in your lives. It also describes frequent health problems which can be caused by nutrition and presents nutrition recommendations by general nutrition claims and food pyramids.

The focus of the work consists of a quantitative exploratory survey which compares the approach to good nutrition, eating habits and knowledge of general nurses and lay public. It also challenges some of the younger population (20 - 40 years) and elderly (41 - 60 years). The current sample consists of only women in the age category 20 - 60 years.

LITERATURA A PRAMENY

- 1) BEŇO, I. *Náuka o výživě, fyziologická a léčebná výživa*. 2. vyd. Martin: Osveta, spol. s r.o., 2003. 141 s. ISBN 80-8063-126-3
- 2) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
- 3) FOŘT, P. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-1057-9
- 4) FOŘT, P. *Aby dětem chutnalo*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, k. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-249-1047-5
- 5) FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1
- 6) FREJ, D. *Dietní sestra, diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X
- 7) FRÜHAUF, P. et al. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. Praha: Karolinum, 2003. 62 s. ISBN 80-246-0069-2
- 8) GREGORA, M., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců, maminčina kuchařka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 104 s. ISBN 80-247-0576-1
- 9) GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 240 s. + 8 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1868-2
- 10) HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 80-8063-257-1

- 11) CHMELAŘOVÁ, M. *Stravovací návyky a přístup ke zdravé výživě obyvatel jihlavského regionu*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2007. 137 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
- 12) ISGANAITIS, E., LUSTIG, R., H. Fast Food, Central Nervous System Insulin Resistance, and Obesity. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. ISSN 1079-5642. 2005. 25; 2451-2462
- 13) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7
- 14) JURAŠKOVÁ, B. *Ošetrovateľská péče o seniory*. Výživa a hydratace ve stáří. Výukový materiál připravený v rámci řešení projektu ESF – Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů. Kombinovaná forma bakalářského studijního programu ošetrovatelství – všeobecná sestra. 3. ročník. Registrační číslo projektu ESF CZ.04.1.03/3.2.15.1/085
- 15) KLEINWÄCHTEROVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 102 s. ISBN 80-7013-336-8
- 16) KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5
- 17) MACH, I. *Doplňky stravy*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, spol. s r.o., 2004. 157 s. ISBN 80-86320-34-0
- 18) MÁLKOVÁ, I. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. 1. vyd. Praha: Smart Press, s. r. o., 2005. 232 s. ISBN 80-239-4112-7
- 19) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 20) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I., systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9

- 21) MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. 1. aktualizované a doplnené vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
- 22) MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7
- 23) PÍTHA, J., POLEDNE, R. et al. *Zdravá výživa pro každý den*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1
- 24) ŘÍPOVÁ, D. et al. *Výživa ve starším věku. Florence*. Praha: Ambit media, a.s. ISSN 1801-464X. 2008. roč. IV, č. 4, s. 158
- 25) SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Cukrovka a obezita*. Praha: MAXFORD, s.r.o., 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9
- 26) SVAČINA, Š. et al. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6
- 27a) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovateľství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 280 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1148-6
- 27b) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovateľství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 212 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1777-8
- 28) VRÁNOVÁ, J. *Pitný režim. Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2006. roč. 16, č. 4, s. 23
- 29) ZADÁK, Z. et al. *Vybrané kapitoly z metabolismu a klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 164 s. ISBN 80-7184-433-0

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- 1) ADÁMKOVÁ, D. *Výživa sester na operačním sále*. [online]. 5.9.2008 [cit. 2008-09-07].
Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176668/lf_b/bakalarska_prace.doc
- 2) FÓRUM ZDRAVÉ VÝŽIVY. *Životní styl a obezita*. [online]. Leden 2006 [2009-03-18].
Dostupné z: http://www.fzv.cz/files/images/dospeli_FINAL.ppt
- 3) JANCÍKOVÁ-ŽĎÁRSKÁ, D., KVAPIL, M. *Obezita a metabolický syndrom*. [online].
Září 2005 [cit. 2009-03-13]. Dostupné z: <http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/329>
- 4) JURAŠKOVÁ, B. *Důsledky dehydratace a malnutrice ve stáří*. [online]. [?]
[cit. 2009-03-03]. Dostupné z:
[http://www.gepa.cz/download/Dusledky%20dehydratace%20a%20malnutrice%20ve%20stari\[1\].ppt?PHPSESSID=2251760e55759dc9b7490dacc092fd2c](http://www.gepa.cz/download/Dusledky%20dehydratace%20a%20malnutrice%20ve%20stari[1].ppt?PHPSESSID=2251760e55759dc9b7490dacc092fd2c)
- 5) KOHOUT, P. *Podvýživa u seniorů*. [online]. [?] [cit. 2009-03-14]. Dostupné z:
<http://www.fzv.cz/web/fzv-poskytuje/tiskove-materialy/seniori/podvyziva/>
- 6) NOVOTNÁ, L. *Srovnání znalostí o správné výživě u sester a laické veřejnosti jako prevenci chorob*. [online]. 19.5.2006 [cit. 2008-09-03] Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/60164/lf_b/Bakalarska_prace.doc
- 7) SAVAGE et al. Parental Influence on Eating Behavior. *J Law Med Ethics*. 2007;
35(1): 22-34. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x.
- 8) STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Nadváha a obezita*. [online]. [?] [cit. 2009-03-17].
Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/nadvaha-a-obezita-1>
- 9) ŠVECOVÁ, M. *Srovnání znalostí o správné výživě u sester a laické veřejnosti jako prevence chorob*. [online]. [21.5.2007] [cit. 2008-09-05]. Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/101083/lf_b/Bakalarska_prace_-_2007.doc

- 10) TOMANOVÁ, Z. *Průkaz znalostí o správné výživě u zdravotních sester a laické veřejnosti jako prevence chorob*. [online]. [17.5.2006] [cit. 2008-09-06]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/72426/lf_b/Bakalarska_prace.doc

SEZNAM ZKRATEK

aj.....	a jiné
BMI (body mass index).....	index tělesné hmotnosti
cl.....	centilitr
cm.....	centimetr
č.....	číslo
dl.....	decilitr
dle odb.....	dle odbornosti
DNA.....	deoxyribonukleová kyselina
g.....	gram
GI.....	glykemický index
HDL (high density lipoprotein).....	lipoprotein s vysokou hustotou
kcal.....	kilokalorie
kg.....	kilogram
kJ.....	kilojoule
l.....	litr
LDL (low density lipoprotein).....	lipoprotein s nízkou hustotou
LF MU.....	Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity
LF UK.....	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
max.....	maximálně
min.....	minimálně
MJ.....	megajoule
MK.....	mastné kyseliny
ml.....	mililitr
mmol/l.....	milimol/litr
MŠ.....	mateřská škola
MZ ČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.....	například
popř.....	popřípadě
r.....	rok
RO.....	rychlé občerstvení
sm. provoz.....	směnný provoz

tzv.....takzvaný
viz.....imperativ slovesa vidět
VS.....všeobecná sestra
WHO (World Health Organisation).....Světová zdravotnická organizace

Graf č. 1: BMI respondentů – dle odbornosti.....	57
Graf č. 2: Mínění o ovlivnění zdraví výživou – dle odbornosti.....	58
Graf č. 3: Mínění o ovlivnění výživy výchovou – dle odbornosti.....	59
Graf č. 4: Mínění o vlivu práce ve směnném provozu na stravovací návyky – dle odb.....	60
Graf č. 5: Mínění o správném stravování – dle odbornosti.....	61
Graf č. 6: Informovanost o správné výživě – dle odbornosti.....	62
Graf č. 7: Zdroj poznatků o správné výživě – dle odbornosti.....	63
Graf č. 8: Mínění o nejčastější příčině obezity – dle odbornosti.....	64
Graf č. 9: Konzumace potravin tzv. rychlého občerstvení – dle odbornosti.....	66
Graf č. 10: Konzumace uzenin – dle odbornosti.....	67
Graf č. 11: Příjem soli – dle odbornosti.....	69
Graf č. 12: Konzumace sladkostí – dle odbornosti.....	70
Graf č. 13: Přejídání – dle odbornosti.....	71
Graf č. 14: Situace, při nichž respondenti nejčastěji jí – dle odbornosti.....	72
Graf č. 15: Četnost konzumace doplňků stravy – dle odbornosti.....	73
Graf č. 16: Pitný režim – dle odbornosti.....	76
Graf č. 17: Preference tekutin – dle odbornosti.....	77
Graf č. 18: Konzumace celozrnných výrobků – dle odbornosti.....	78
Graf č. 19: Konzumace zeleniny – dle odbornosti.....	80
Graf č. 20: Konzumace ovoce – dle odbornosti.....	81
Graf č. 21: Konzumace mléka a mléčných výrobků – dle odbornosti.....	82
Graf č. 22: Konzumace ryb – dle odbornosti.....	84
Graf č. 23: Preference druhu masa – dle odbornosti.....	85
Graf č. 24: Znalost o tom, co snižuje riziko rakoviny tlustého střeva – dle odbornosti.....	88
Graf č. 25: Pojem „cholesterol“ – dle odbornosti.....	89
Graf č. 26: Znalost o potravinách s nízkým GI – dle odbornosti.....	90
Graf č. 27: Pojem „Body mass index“ (BMI) – dle odbornosti.....	91
Graf č. 28: Konzumace uzenin – dle věku.....	92
Graf č. 29: Příjem soli – dle věku.....	93
Graf č. 30: Pitný režim – dle věku.....	94
Graf č. 31: BMI respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují.....	95

Graf č. 32: Vliv práce ve směnném provozu na stravovací návyky – VS ve sm. provozu.....	96
Graf č. 33: Vliv práce ve směnném provozu na stravovací návyky – laici ve sm. provozu....	97
Graf č. 34: Konzumace ryb u respondentů, kteří uvedli, že se správně stravují.....	98

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů – dle odbornosti.....	53
Tabulka č. 2: Odbornost respondentů.....	53
Tabulka č. 3: Věk respondentů – dle odbornosti.....	54
Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů – dle odbornosti.....	55
Tabulka č. 5: Práce ve směnném provozu – dle odbornosti.....	56
Tabulka č. 6: BMI respondentů – dle odbornosti.....	56
Tabulka č. 7: Mínění o správném stravování – dle odbornosti.....	61
Tabulka č. 8: Alternativní výživový styl – dle odbornosti.....	65
Tabulka č. 9: Příjem soli – dle odbornosti.....	68
Tabulka č. 10: Konzumace sladkostí – dle odbornosti.....	70
Tabulka č. 11: Druh konzumace doplňků stravy – dle odbornosti.....	74
Tabulka č. 12: Pitný režim – dle odbornosti.....	75
Tabulka č. 13: Oblíbené jídlo – dle odbornosti.....	86

SEZNAM PŘÍLOH

strana

Příloha č. 1: Potravinová pyramida	123
Příloha č. 2: Nutriční skóre – dospělí	124
Příloha č. 3: Souhlas instituce s provedením výzkumu	125
Příloha č. 4: Dotazník	126

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Potravinová pyramida (<http://zdrava-vyziva.abecedazdravi.cz>)



- zásadně jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- zvyšte spotřebu zeleniny (zejména saláty) a ovoce na množství 0,5 kg denně
- denně pijte nejméně 2 l tekutin, přednost dávejte vodě
- nezapomeňte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků
- k vaření a přípravě pomazánek používejte pouze rostlinné tuky, do salátů rostlinné oleje
- maso jezte jen libové, bez viditelného tuku
- omezte smažené pokrmy a vyhýbejte se oplatkám, keksům a sušenkám s náplní
- nepřisolujte a ze stejných důvodů jezte jen výjimečně instantní polévky a jídla
- udržujte optimální tělesnou hmotnost, horní hranice je výška (v cm) minus 100, pravidelně sportujte

Příloha č. 2: Nutriční skóre – dospělí ([www.vnl.xf.cz/index-ose.php](http://vnl.xf.cz/index-ose.php))

Dospělé nutriční skóre

Věk	do 65 let	0
	nad 65 let	1
BMI	BMI 20 – 35	0
	BMI 18 – 20, nad 35	1
	BMI pod 18	2
Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	ztráta 0 – 3 kg	1
	ztráta 3 – 6 kg	2
	ztráta nad 6 kg	3
Množství jídla za poslední 3 týdny	beze změny	0
	poloviční porce	1
	jí občas nebo nejí	2
Projevy nemoci v současné době	žádné	0
	nechutenství, bolesti břicha	1
	zvracení, průjem > 6 za den	1
Stres	žádný	0
	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	1
	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT	2
Nelze	nelze změřit a zvážit	2
	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	3

(<http://vnl.xf.cz/index-ose.php> [online], 2006-03-29)

Vyhodnocení:

0 – 3 není nutná nutriční intervence

4 – 7 nutné vyšetření dietní sestrou

7 a více nutná speciální nutriční intervence

Příloha č.3: Souhlas instituce s provedením výzkumu

Vážená paní
Bc. Renata Dušková
hlavní sestra Oblastní nemocnice Náchod, a.s.
Purkyňova 446
Náchod
547 69

V Pohoří dne 30.10.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Náchod, a.s. a nemocnici Opočno

Vážená hlavní sestro,
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Náchod, a.s. a nemocnici Opočno, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Simony Kubalové, narozené 29.5.1981, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit přístup ke správné výživě, stravovací návyky a znalosti o správné výživě u všeobecných sester a laické veřejnosti – žen, dále stravovací návyky u populace mladší (věková kategorie 20- 40 let) a u populace starší (věková kategorie 41- 60 let).

Výzkumné šetření u všeobecných sester by proběhlo v nemocnici Opočno a Oblastní nemocnici Náchod. U laické veřejnosti – žen by šetření proběhlo u pacientek chirurgického lůžkového oddělení nemocnice Opočno, dále v téže nemocnici u zaměstnanců – nezdravotníků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Mgr. Eva Vachková
Ústav sociálního lékařství
LF UK v Hradci Králové
Telefon: 495 816 365
E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz

Studentka Simona Kubalová

Mgr. Eva Vachková

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

27. 11. 2008

Podpis, razítko

OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD a.s.
Purkyňova 446
547 69 NÁCHOD
hlavní sestra

Bc. Renata Dušková

Příloha č. 4: Dotazník

Vážené kolegyně, vážené paní a slečny,
jmenuji se Simona Kubalová a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Zjištěné informace budou použity při zpracování mé bakalářské práce na téma: „Výživa a stravovací návyky všeobecných sester a laické veřejnosti“. Dotazníkové šetření je anonymní a je určeno pouze pro ženy. Informace získané dotazníkem budou sloužit jen pro účely mé studie, nebudou dále využívány.
U každé otázky zakroužkujte vždy jen jednu variantu, která nejvíce odpovídá skutečnosti. V případě omylu chybnou odpověď přeškrtněte a zakroužkujte správnou odpověď.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Simona Kubalová

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- 1) **VAŠE POHLAVÍ:** a) žena b) muž
- 2) **JSTE VŠEOBECNÁ (ZDRAVOTNÍ) SESTRA?** a) ano b) ne
- 3) **VÁŠ VĚK:** a) 20 - 40 let b) 41- 60 let
- 4) **VAŠE NEJVYŠŠÍ UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:**
a) základní b) odborné bez maturity c) odborné s maturitou, středoškolské
d) vyšší e) vysokoškolské
- 5) **PRACUJETE VE SMĚNNÉM PROVOZU?** a) ano b) ne
- 6) **VAŠE HMOTNOST (vyplňte, prosím)** kg
- 7) **VAŠE VÝŠKA (vyplňte, prosím)** cm

VÁŠ PŘÍSTUP KE SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ

- 1) **Myslíte si, že jde výživou ovlivnit naše zdraví?**
a) ano b) ne
- 2) **Domníváte se, že lze styl výživy ovlivnit výchovou?**
a) ano b) ne
- 3) **Domníváte se, že má na stravovací návyky vliv práce ve směnném provozu?**
a) ano b) ne
- 4) **Myslíte si, že se správně stravujete?**
a) ano b) ne c) tak napůl

5) Máte dostatečné informace o správné výživě?

- a) ano b) ne c) nemám zájem o informace týkající se správné výživy

6) Jaký je Váš nejčastější zdroj čerpání poznatků o správné výživě?

- a) televize, rozhlas b) noviny, časopisy
c) internet d) odborná literatura
e) rodina/ přátelé f) praktický/ odborný lékař, sestry
g) informační letáky/ brožury h) nové poznatky nečerpám

7) Co se domníváte, že je nejčastější příčinou obezity?

- a) genetické vlivy
b) onemocnění
c) nedodržení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie

VAŠE STRAVOVACÍ NÁVYKY

1) Dodržujete nějaký alternativní výživový styl? (vegetariánský, veganství, makrobiotika, dělená strava, strava podle krevních skupin aj.)

- a) ano (uveďte)
b) ne

2) Jak často konzumujete potraviny tzv. rychlého občerstvení? (pizza, hranolky, smažený sýr aj.)

- a) každý den b) několikrát týdně c) 1x týdně
d) zřídka e) vůbec

3) Jak často jíte uzeniny?

- a) každý den b) několikrát týdně c) 1x týdně
d) zřídka e) nejím uzeniny

4) Jaké množství soli používáte při přípravě nebo dochucování jídla?

- a) snažím se solit co nejméně
b) o množství soli nepřemýšlím – hlavně, aby mi chutnalo
c) solím ze zvyku

5) Jak často si dopřáváte sladkosti?

- a) několikrát denně b) 1x denně c) několikrát týdně
d) zřídka e) nejím sladkosti

6) Přejídáte se?

- a) nedokážu se ovládat v jídle, a proto se často přejídám
b) přejídám se jen občas – např. při slavnostních příležitostech
c) nikdy se nepřejídám

7) V jakých situacích nejčastěji jíte?

- a) abych vyplnila volný čas
- b) jídlo je pro mne příjemným zážitkem
- c) ve chvílích nervového vypětí
- d) abych utišila hlad
- e) v jiných situacích (prosím, uveďte)

8) Konzumujete nějaké doplňky stravy? (vitamíny, minerály, rozpustný vápník, hořčík, rybí olej, doplňky stravy při redukci nadváhy aj.)

- a) ano, pravidelně (doplňte jaké)
- b) ano, občas (doplňte jaké)
- c) ne, nikdy

9) Jaký je Váš denní příjem tekutin? (bez černé kávy, mléka, kakaa, omáčky, polévky)

- a) méně než 1 litr denně
- b) 1 – 1,5 litru denně
- c) 1,5 litru – 2 litry denně
- d) více než 2 litry denně

10) Uveďte, kterou tekutinu konzumujete v průběhu dne nejčastěji:

- a) černá káva
- b) čaj
- c) minerální vody
- d) stolní vody (Dobrá voda, Toma, Aquila)
- e) obyčejná voda
- f) džusy
- g) limonády
- h) jiné (doplňte)

11) Konzumujete celozrnné výrobky? (např. celozrnné těstoviny, rýže natural, celozrnná mouka)

- a) v naprosté většině
- b) stejným dílem jako běžné výrobky
- c) převážně používám běžné výrobky
- d) celozrnné výrobky nekonzumuji

12) Kolik porcí zeleniny denně sníte? (bez brambor; 1 porce zeleniny = např. miska syrové listové zeleniny, 1 paprika, 1 mrkev, 2 rajčata, půl hrnku vařené nebo strouhané zeleniny)

- a) 3-5 porcí denně
- b) více než 5 porcí denně
- c) méně než 3 porce denně
- d) zeleninu nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) zeleninu jím jen zřídka
- f) zeleninu nejím

13) Kolik porcí syrového ovoce denně sníte? (1 porce = např. 1 banán, 1 středně velké jablko, 1 pomeranč, 200 ml neředěné ovocné šťávy)

- a) 2 - 4 porce denně
- b) více než 4 porce denně
- c) méně než 2 porce denně
- d) ovoce nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) ovoce jím jen zřídka
- f) ovoce nejím

14) Kolik porcí mléka a mléčných výrobků denně sníte? (1 porce = 1 sklenice mléka – 250 ml, 200 ml jogurtu, 55g sýra)

- a) 1 porci
- b) 2-3 porce
- c) více než 3 porce
- d) mléko a mléčné výrobky nejím každý den, ale minimálně 1x týdně
- e) mléko a mléčné výrobky jím jen zřídka
- f) vůbec

15) Jíte ryby?

- a) jím je minimálně 1x týdně
- b) jím je minimálně 1x měsíčně
- c) jím je zřídka
- d) ryby vůbec nejím

16) Jakému masu dáváte přednost?

- a) bílému masu (drůbež, králík...), rybám
- b) červenému masu (vepřové, hovězí)
- c) je mi to jedno, nepřemýšlím o tom
- d) nejím maso

17) Napište, prosím, jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo:.....

VAŠE ZNALOSTI O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ

Prosím Vás, abyste odpověděla sama za sebe, kolektivní spolupráce by ovlivnila výsledky výzkumu.

1) Riziko rakoviny tlustého střeva výrazně snižuje konzumace:

- a) vlákniny
- b) mléka a mléčných výrobků
- c) hovězího a vepřového masa

2) Cholesterol je:

- a) potřebná živina, kterou můžeme přijímat v libovolném množství
- b) potřebná látka, jejíž nadměrné množství v organismu však může vést až k ucpání tepen
- c) jednoznačně škodlivá látka, poškozující žaludeční sliznici

3) Jsou vhodné ke konzumaci potraviny s nízkým glykemickým indexem?

- a) těmto potravinám se musíme vyhýbat
- b) tyto potraviny můžeme konzumovat maximálně 1x týdně
- c) tyto potraviny jsou vhodné ke konzumaci u diabetiků i u zdravých jedinců

4) Co si představujete pod pojmem „Body Mass Index“(BMI)?

- a) vztah mezi hmotností člověka a jeho věkem
- b) vztah mezi hmotností člověka a jeho výškou
- c) rozložení tukových zásob v různých částech těla

Děkuji Vám za spolupráci. Prosím, přečtěte si dotazník ještě jednou, zda jste vyplnila všechny odpovědi.